

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: «ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ: ΣΤΡΕΣ, ΣΩΜΑΤΙΚΗ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ»**

Επόπτης Καθηγητής: Καραδήμας Ευάγγελος

Φοιτήτρια: Θεοφίλου Μαρία

A.M:1765

ΡΕΘΥΜΝΟ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°:	
ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	3
1.1 Αντιδράσεις του ατόμου στην ασθένεια.....	4
1.2 Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας	5
1.3 Συνέπειες της χρόνιας ασθένειας.....	8
1.3.1 Σωματικά προβλήματα.....	8
1.3.2 Κοινωνικά προβλήματα.....	9
1.3.3 Ψυχολογικά προβλήματα.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°:	
ΣΤΡΕΣ	13
2.1 Ορισμός	13
2.2 Πως αντιδρά ο οργανισμός στο στρες	16
2.3 Πως το χρόνιο στρες μπορεί να βλάψει την υγεία	17
2.4 Τεχνικές αντιμετώπισης του στρες	18
2.5 Στρες: αιτία ή αποτέλεσμα	20
2.6 Στρες και χρόνια ασθένεια.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°:	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	23
3.1 Ορισμός	23
3.2 Διαστάσεις της ποιότητας ζωής	24
3.3 Σημαντικές πτυχές στη ζωή των ανθρώπων	25
3.4 Μέτρηση της ποιότητας ζωής	26
3.5 Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα	27
3.6 Ποιότητα ζωής και χρόνια ασθένεια	28
3.6.1 Ποιότητα ζωής ασθενών με αρθρίτιδα	29
3.6.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με διαβήτη	30
3.6.3 Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο	31
3.6.4 Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°:	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.....	35
4.1 Ορισμός	35
4.2 Είδη κοινωνικής υποστήριξης	35
4.3 Κοινωνική υποστήριξη στα δύο φύλα	36
4.4 Κοινωνική υποστήριξη- υγεία- ασθένεια	37
4.4.1 Ψυχολογική ευεξία	38
4.4.2 Σωματική ευεξία	39
4.4.3 Γρήγορη ανάρρωση από ασθένειες	40
4.4.4 Μείωση ποσοστών θνησιμότητας	40

4.5 Χρόνια ασθένεια και δυσλειτουργικές κοινωνικές σχέσεις.....	41
4.5.1 Περιορισμός κοινωνικές αλληλεπίδρασης.....	41
4.5.2 Οικογενειακές σχέσεις	42
4.5.3 Ομάδες κοινωνικής υποστήριξης	44
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°	
ΕΡΕΥΝΑ	45
5.1 Ερευνητικές υποθέσεις	45
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	47
6.1 Συμμετέχοντες	47
6.2 Ψυχομετρικά εργαλεία	47
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	49
ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	52
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ- ΠΙΝΑΚΕΣ	
Αποτελέσματα	58
Ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα	61
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία έχει ως αντικείμενο μελέτης την σχέση ανάμεσα στο στρες, την σωματική ποιότητα ζωής και την κοινωνική υποστήριξη στους χρόνια ασθενείς. Αρχικά θα παρουσιαστεί μια εισαγωγή στην οποία θα παρατεθούν οι τρεις αυτές μεταβλητές. Θα γίνει αναφορά στην χρόνια ασθένεια και στις συνέπειες της και έπειτα θα αναλυθεί η κάθε μια μεταβλητή ξεχωριστά. Συγκεκριμένα θα αναφερθούμε στο στρες μέσα από μια γενική ανασκόπηση και στην σχέση του με την χρόνια ασθένεια. Εν συνεχεία, θα ορίσουμε την ποιότητα ζωής, τις διάφορες πτυχές που την αποτελούν και θα αναφερθούν κάποιες ασθένειες οι οποίες αποτελούν αντίκτυπο για την ποιότητα ζωής. Έπειτα θα γίνει αναφορά στην κοινωνική υποστήριξη και στην τεράστια σημασία που αποδίδεται σε αυτή καθώς επίσης και στη σχέση της με την χρόνια ασθένεια και τις δυσλειτουργικές κοινωνικές σχέσεις που προκύπτουν.

Σημαντικό μέρος της εργασίας αποτελεί η έρευνα, η οποία είχε στόχο όπως αναφέραμε να μελετήσει την σχέση μεταξύ του στρες, της σωματικής ποιότητας ζωής, της κοινωνικής υποστήριξης/ κοινωνικές σχέσεις και την αντίληψη για την υγεία που έχουν χρόνια ασθενείς. Στην έρευνα συμμετείχαν 75 ενήλικα άτομα, τα οποία έπασχαν από χρόνιες ασθένειες. Οι ασθενείς αυτοί καλούνταν να συμπληρώσουν 5 ερωτηματολόγια από τα οποία τα 3 χρησιμοποιήθηκαν τελικά στην παρούσα έρευνα.

Πριν αναλυθούν τα αποτελέσματα, διατυπώθηκαν κάποιες υποθέσεις οι οποίες τελικά επιβεβαιώθηκαν. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της αντίληψης για την υγεία, του στρες, της σωματικής ποιότητας ζωής και των κοινωνικών σχέσεων (κοινωνική υποστήριξη-κοινωνικό δίκτυο) των ασθενών. Συγκεκριμένα φάνηκε πως όσο αυξάνεται το στρες ενός ασθενούς με χρόνια προβλήματα υγείας, τόσο περισσότερα σωματικά προβλήματα υγείας εμφανίζει με αποτέλεσμα να παρουσιάζει δυσκολίες στις διαπροσωπικές του σχέσεις και τέλος να αξιολογεί την υγεία του αρνητικά. Το 23% της συνολικής διακύμανσης της σωματικής ποιότητας ζωής ερμηνεύεται από τις δύο προβλεπτικές μεταβλητές: στρες και κοινωνικές σχέσεις. Επίσης διαπιστώθηκε ότι τα δύο φύλα δεν διαφέρουν ως προς το στρες και την σωματική ποιότητα ζωής, ενώ παρουσιάζουν ελάχιστη διαφορά ως προς τις κοινωνικές τους σχέσεις (κοινωνική υποστήριξη-

κοινωνικό δίκτυο) και αρκετή διαφορά ως προς την αντίληψη για την υγεία τους. Βρέθηκε ότι οι άνδρες έχουν την αντίληψη ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ αρνητική.

1.ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Στην σύγχρονη εποχή, οι περισσότερες από τις ασθένειες που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος στις αναπτυγμένες, τουλάχιστο, χώρες είναι χρόνιες. Τα κριτήρια με τα οποία ορίζεται σαν χρόνια μία σωματική ασθένεια είναι η χρονική διάρκεια της ασθένειας, ο βαθμός σοβαρότητάς της, η επίδραση την οποία επιφέρει στην λειτουργικότητα του ατόμου και η ανάγκη την οποία δημιουργεί για διαρκή φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας. Βάσει αυτών, χρόνια σωματική ασθένεια ή διαταραχή ορίζεται κάθε οργανική διαταραχή η οποία διαρκεί άνω των τριών μηνών ή συνεπάγεται μία περίοδο νοσηλείας άνω του ενός μήνα, η οποία προκαλεί περιορισμούς στη κλίμακα των ικανοτήτων και των συμπεριφορών του ατόμου και επιφέρει μεταβολές στη κοινωνική του λειτουργικότητα ή στην άσκηση των κοινωνικών του ρόλων.(Sanderson , 2004; Kaplan et al,1993).

Οι ασθένειες αυτές δεν θεραπεύονται οριστικά, αλλά αποτελούν καταστάσεις που μπορούμε να τις ελέγξουμε. Έτσι παρά το πρόβλημα υγείας, συχνά ο άρρωστος αποκτά ένα «φυσιολογικό» ρυθμό ζωής και επανεπεντάσσεται στο κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτής της νέας πραγματικότητας, ο ασθενής δεν στερείται «σθένους»,γιατί συμμετέχει και ανταποκρίνεται στις καθημερινές απαιτήσεις, ακόμα και αν η αρρώστια από την οποία πάσχει απειλεί τη ζωή του.(Παπαδάτου,1995).

Έτσι , ενώ παλαιότερα οι ασθένειες ήταν συνήθως σύντομης διάρκειας και οδηγούσαν είτε σε αποθεραπεία είτε στο θάνατο, τώρα πλέον αποτελούν μακρόχρονες καταστάσεις και απαιτούν σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά και στον τρόπο ζωής του ανθρώπου, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος επιδείνωσης τους. Ο ρόλος της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας και ασθένειας είναι πολύ σημαντικός αφού ακόμα και μια μικρή αλλαγή των συνηθειών που σχετίζονται με τη υγεία(πχ αλλαγή διατροφικών συνηθειών ή διακοπή της χρήσης καπνού) θα μπορούσε να συμβάλλει σημαντικά στην βελτίωση της ποιότητας αλλά και της ποσότητας ζωής. Μερικοί παράγοντες που καθίστανται επικίνδυνοι για την εκδήλωση των χρόνιων ασθενειών είναι: το κάπνισμα, η διατροφή, η έλλειψη άσκησης, το αλκοόλ, διάφοροι μολυσματικοί παράγοντες, οι τοξίνες και άλλα. Επίσης έρευνες έδειξαν ότι το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, η φτώχεια και το στρες μπορούν να οδηγήσουν σε χρόνια ασθένεια.(Καραδήμας,2005).

1.1. Αντιδράσεις του ατόμου στην ασθένεια:

Κάθε αρρώστια έχει τις ιδιαιτερότητες της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο κάθε άτομο και οικογένεια. Οι αντιδράσεις ποικίλουν και εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, οι σημαντικότεροι των οποίων μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες: (α)τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την αρρώστια(όπως φύση, σοβαρότητα, την προβλεψιμότητα της πορείας της, το είδος της θεραπείας και πιθανές κοινωνικές προκαταλήψεις), (β) τους παράγοντες που συνδέονται με την χρονική στιγμή που εμφανίζεται η αρρώστια (βρεφική ή νηπιακή ηλικία, εφηβεία, μέση ηλικία, τρίτη ηλικία) και (γ)τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (όπως ηλικία, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, προσωπικότητα, κοινωνική υποστήριξη κτλ.) .Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και ταυτόχρονα παρεμποδίζουν ή διευκολύνουν την προσαρμογή του ατόμου στην χρόνια ασθένεια.(Παπαδάτου,1995). Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια είναι πολύ δύσκολη γιατί τα άτομα έχουν να αντιμετωπίσουν ποικίλες στρεσογόνες καταστάσεις, όπως είναι η διάγνωση, η θεραπεία, πιθανές υποτροπές κτλ. (Καραδήμας,2005)

Ο Shontz(1975) ισχυρίζεται ότι ένα άτομο μετά από μια διάγνωση σοβαρής ασθένειας περνά από κάποιες διαδοχικές αντιδράσεις. Στην αρχή το άτομο εκδηλώνει συμπτώματα ψυχικού σοκ και αισθάνεται σαν να βρίσκεται εκτός πραγματικότητας. Το σοκ μπορεί να διαρκέσει μερικές μέρες ή βδομάδες. Έπειτα έρχεται η αντιπαράθεση όπου το άτομο νιώθει απελπισμένο, πενθεί και αποδιοργανώνεται . Τέλος το άτομο υποχωρεί και σταδιακά αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει και αρχίζει να προσαρμόζεται.(Καραδήμας, 2005).

Η διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας μπορεί να οδηγήσει ένα άρρωστο σε κρίση. Η κρίση είναι μια μεταβατική περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας η βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου απειλείται ή διαταράσσεται προσωρινά. Η κρίση δεν οφείλεται σε ένα εξωτερικό γεγονός, αλλά στην ερμηνεία που αποδίδει το άτομο στο γεγονός το οποίο γίνεται αντιληπτό ως καταστροφικό ή απειλητικό, ενώ ταυτόχρονα υπερβαίνει τα αποθέματα που το άτομο διαθέτει για να το αντιμετωπίσει.(Gilliland &James, 1988 όπως αναφέρεται από Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος , 1995). Το άτομο κατακλύζεται από υπερβολικό άγχος και χάνει την ικανότητα του να σκεφτεί ψύχραιμα και να αφομοιώσει τις πληροφορίες που του παρέχονται. Επίσης κατά τη διάρκεια της κρίσης, το άτομο

παρουσιάζει ψυχοσωματικά συμπτώματα και συνδέονται με το στρες που βιώνει(απώλεια όρεξης, ύπνου, στηθαγχικό άλγος, απώλεια συγκέντρωσης κτλ), ενώ συχνά εμφανίζονται και ορισμένες οργανικές διαταραχές από τις οποίες υπέφερε στο παρελθόν. Η κρίση είναι χρονικά περιορισμένη και διαρκεί από μερικές ώρες μέχρι οκτώ βδομάδες.(Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος , 1995).

1.2. Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας

Κάθε χρόνια και σοβαρή για τη ζωή αρρώστια διακρίνεται από διάφορες φάσεις. Σύμφωνα με τον Doka(1993), κάθε φάση χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες «προκλήσεις», ή «έργα» που εμφανίζονται σε οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο, και απαιτούν διευθέτηση, ώστε ο άρρωστος και η οικογένεια του να προσαρμοστούν στην αρρώστια και στην θεραπεία της. Οι πιθανές φάσεις του μοντέλου του Doka είναι η : προδιαγνωστική, η οξεία που περιλαμβάνει και τη διάγνωση, η χρόνια και η τελική φάση, η οποία καταλήγει ορισμένες φορές στο θάνατο του ασθενούς.(Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος,1995).

Στην προδιαγνωστική φάση το άτομο αρχίζει να αναγνωρίζει κάποια συμπτώματα τα οποία ίσως αποτελούν ενδείξεις οργανικής διαταραχής και χρησιμοποιεί ορισμένες στρατηγικές, είτε την για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα είτε να το αποφύγει. Καλείται δηλαδή να αναγνωρίσει ότι η υγεία του έχει διαταραχθεί, να αντιμετωπίσει το άγχος του και να αναζητήσει τη κατάλληλη βοήθεια.

Η οξεία φάση συνδέεται με τη διάγνωση . Πρόκειται για μια δύσκολη περίοδο που χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ριζικές αλλαγές στη ζωή του αρρώστου και σημαντικές αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ίδιος και η οικογένεια του. Ο ασθενής καλείται να κατανοήσει την αρρώστια του και ανάλογα με την κατανόηση και την ερμηνεία που αποδίδει σε αυτή, θα ενεργοποιήσει στρατηγικές για να την αντιμετωπίσει και να προσαρμοστεί . Σύμφωνα με ερευνητικά αποτελέσματα, ασθενείς που ήταν επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με την αρρώστια τους βίωναν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ένα χρόνο μετά τη διάγνωση, σε σύγκριση με ασθενείς που ανέφεραν ανεπαρκή ή ελλιπή πληροφόρηση.(Fallowfield et al, 1987 όπως αναφέρετε από Παπαδάτου Δ,1995). Επίσης ο ασθενής θα πρέπει να αναθεωρήσει

τον τρόπο ζωής του και να υιοθετήσει νέες συμπεριφορές και συνήθειες, όπως σωστή διατροφή, κατάλληλη άσκηση, αποχή από το κάπνισμα κτλ.

Μερικές από τις αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ασθενής αφορούν: για το αν θα ανακοινώσει την κατάσταση της υγείας του και σε ποιον, αν θα αναζητήσει περισσότερες ιατρικές γνώμες, τι είδους θεραπεία θα επιλέξει κτλ. (Καραδήμας,2005). Κάθε άτομο αντιδρά όπως αναφέραμε με τον δικό του τρόπο στην διάγνωση και οι αντιδράσεις ποικίλουν. Όταν αποξενώνεται και αρνείται τους φόβους του, βιώνει μια εσωτερική υπερένταση με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται να προσαρμοστεί. Για αυτό, το προσωπικό υγείας μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να μοιραστεί τον τρόπο που βιώνει την αρρώστια. Μια άλλη πρόκληση που καλείται να αντιμετωπίσει ο ασθενής είναι να αναγνωρίσει τις επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας στην εικόνα του εαυτού και στις σχέσεις του με τους άλλους. Για αυτή την πρόκληση θα αναφερθούμε παρακάτω. (Παπαδάτου,1995).

Η χρόνια φάση εκτείνεται ως την τελική έκβαση(ίαση ή θάνατος). Είναι μια δύσκολη περίοδος, ιδιαίτερα όταν η έκβαση είναι αβέβαιη και συνοδεύεται από χρόνια άγχος. Στην διάρκεια αυτής της περιόδου το άτομο επιδιώκει να εξασφαλίσει «ποιότητα ζωής» μέσα σε συνθήκες που επιβάλλει η αρρώστια και η θεραπεία της. Μερικές ασθένειες έχουν ταχύτατη εξέλιξη(πχ κάποιες μορφές καρκίνου),άλλες χαρακτηρίζονται από μία αργή, προοδευτική επιδείνωση της υγείας(νόσος του Alzheimer), άλλες συνοδεύονται από υποτροπές και υφέσεις(όπως καρδιαγγειακές παθήσεις), ενώ άλλες έχουν πιο ήπια εξέλιξη(όπως η υπέρταση).(Καραδήμας,2005).

Μερικές από τις σημαντικότερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο άρρωστος στη χρόνια φάση είναι να εξασφαλίσει «ένα φυσιολογικό ρυθμό» και «ποιότητα ζωής» και να τηρήσει τις απαραίτητες ιατροσηλευτικές οδηγίες για να μπορέσει να προσαρμοστεί. Επίσης η ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου το οποίο είναι ικανό να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, θα το βοηθήσει να αποφύγει την μοναξιά και την απομόνωση.(Παπαδάτου,1995).

Η φάση της ανάρρωσης και της αποθεραπείας συχνά προκαλεί θετικά συναισθήματα και ανακούφιση . Εντούτοις πολλά άτομα στην αποθεραπεία βιώνουν άγχος, θυμό και ανασφάλεια γιατί ίσως φοβούνται μια πιθανή υποτροπή και ίσως επειδή διακόπτεται η μακρόχρονη σχέση με το προσωπικό.(Παπαδάτου,1995).

Σύμφωνα με τον Doka, η τελική φάση χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση της υγείας του αρρώστου και έτσι τώρα ο στόχος της παρέμβασης δεν επικεντρώνεται στη θεραπεία αλλά στο πως θα ανακουφιστεί ο άρρωστος εν όψει του επικείμενου θανάτου. Ο θάνατος λοιπόν και η απειλή του θανάτου είναι ένα θέμα που αναπόφευκτα σχετίζεται με τις χρόνιες ασθένειες. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος,1995).

Ο Livneh και ο Antonak(1997) θεωρούν ότι η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια δεν λαμβάνει χώρα κατά τρόπο ενιαίο κι όμοιο για όλους, ούτε ακολουθεί μια σειριακή ακολουθία φάσεων. Περιγράφουν τέσσερις κατηγορίες μεταβλητών που σχετίζονται με την προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια: (α)τις σχετικές με την ασθένεια (όπως το είδος της ασθένειας, οι περιοχές που θίγονται, η πιθανή θνησιμότητα),(β)τις κοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές(όπως φύλο, ηλικία, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο),(γ) ατομικές διαφορές(όπως τρόπος σκέψης, οι στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάστασης που χρησιμοποιούνται) και (δ) τους κοινωνικούς-περιβαλλοντικούς παράγοντες(όπως η κοινωνική υποστήριξη και το κοινωνικό στίγμα).(Livneh&Antonak,1997 όπως αναφέρεται από Καραδήμα,2005)

1.3. Συνέπειες της χρόνιας ασθένειας

Η χρόνια ασθένεια μπορεί να δημιουργήσει σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. Το άτομο μπορεί να χειριστεί την αρρώστια του αλλά δεν μπορεί να την θεραπεύσει πλήρως και έτσι βρίσκεται αντιμέτωπο με μια ποικιλία προκλήσεων.

1.3.1. Σωματικά προβλήματα:

Πολλά άτομα με χρόνιες ασθένειες βιώνουν ένα είδος σωματικής εξασθένησης. (Devins & Binik, 1996 όπως αναφέρεται από Sanderson, 2004). Η σωματική εξασθένηση εξαρτάται βέβαια από το είδος της ασθένειας, αλλά μπορεί να συμπεριλάβει αυξημένα ανησυχητικά συμπτώματα όπως πόνο, παράλυση, ακράτεια κτλ. Για παράδειγμα άτομα με διαβήτη, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν καρδιακές παθήσεις, τύφλωση, σεξουαλικές δυσλειτουργίες και προβλήματα με την κυκλοφορία που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε ακρωτηριασμό. (Bishop et al, 1993 όπως αναφέρετε από Sanderson, 2004).

Ασθενείς με χρόνιες ασθένειες συχνά έχουν ανησυχίες σχετικά με την εικόνα του σώματος τους ειδικά όταν η ασθένεια τους ή η θεραπεία τους προκαλεί σημαντικές σωματικές αλλαγές στην λειτουργικότητα τους. (Taylor & Aspinwall, 1993 όπως αναφέρετε από Sanderson, 2004). Η μαστεκτομή για παράδειγμα που συνίσταται στην χειρουργική αφαίρεση του μαστού με σκοπό τη θεραπεία ή την πρόληψη καρκίνου προκαλεί φυσικές επιπτώσεις όπως: ουλές, πόνοι, μυική τάση. (Weber, 1992). Αυτές οι δυσάρεστες αισθήσεις υπενθυμίζουν στο άτομο την εμπειρία της αφαίρεσης μαστού και δημιουργούνται δυσάρεστες αντιλήψεις για την εικόνα του σώματος. Αποτελέσματα αυτού είναι το άτομο να νιώθει μη αποδεκτό και να βιώνει έντονο στρες. (Ferrell et al, 1992; Murphy, 1987).

Μια ασθενής που χάνει έναν από τους δύο μαστούς της λόγω καρκίνου ενδέχεται να μην μπορεί για μεγάλο χρονικό διάστημα να κοιτάξει τα αποτελέσματα της μαστεκτομής στην οποία υποβλήθηκε. (Carven et al, 1998). Μια γυναίκα αναφέρει «Για τρεις μήνες δεν μπορούσα να κοιτάξω τον εαυτό μου, γι' αυτό όταν έκανα μπάνιο προτιμούσα το δωμάτιο να είναι σκοτεινό» (Bredin, 1999). Όσες γυναίκες επενδύουν πολλά πράγματα στην εξωτερική εμφάνιση τους είναι αυτές που συναισθηματικά τραυματίζονται περισσότερο από τις επεμβάσεις μαστεκτομής. (Carven et al, 1998).

Μερικές φορές η ασθένεια από μόνη της δεν εξασθενίζει τα άτομα, αλλά η ίδια η θεραπεία που τις περισσότερες φορές καταστρέφει την υγεία. Τα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται για να διαχειριστούν την υπέρταση, αφήνουν τις περισσότερες φορές παρενέργειες, όπως ανικανότητα, αύξηση βάρους, υπνηλία κτλ.(Taylor & Aspinwall, 1993 όπως αναφέρεται από Sanderson, 2004). Επίσης πολλές θεραπείες που χρησιμοποιούνται για να καταπολεμήσουν τον καρκίνο , έχουν δυσάρεστες παρενέργειες όπως εμετούς, διάρροιας, απώλεια μαλλιών, απώλεια όρεξης, ναυτία οι οποίες δημιουργούν στο άτομο στρες και αναστάτωση.(Sanderson, 2004).

Οι σωματικές αλλαγές που προκαλούνται από την χρόνια ασθένεια ή από την θεραπεία μπορούν επίσης να δημιουργήσουν σεξουαλικά προβλήματα. Θεραπείες καρκίνου μαστού οδηγούν συνήθως σε αλλαγές στην σεξουαλική λειτουργία. Οι Engel, Kerr και οι συνεργάτες τους (2004) πραγματοποίησαν μία έρευνα στην οποία συμμετείχαν δύο ομάδες γυναικών . Την πρώτη ομάδα αποτελούσαν γυναίκες οι οποίες στο παρελθόν είχαν υποβληθεί σε συντηρητική χειρουργική μαστού και τη δεύτερη ομάδα γυναίκες στις οποίες είχε γίνει αφαίρεση μαστού. Σημαντικά προβλήματα σε σχέση με την σεξουαλικότητα και την αντίληψη του σώματος παρατηρήθηκαν στις γυναίκες με μαστεκτομή.

1.3.2. Κοινωνικά προβλήματα:

Μια από τις δύσκολες πτυχές που ένα άτομο με χρόνια ασθένεια έχει να αντιμετωπίσει είναι η επίδραση στις διαπροσωπικές σχέσεις. Πολλά άτομα με χρόνιες ασθένειες μερικές φορές επιλέγουν να κρύψουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται από τους άλλους, επειδή ανησυχούν μήπως γίνουν αξιολύπητοι και αποσυρθούν από πολλές κοινωνικές σχέσεις. Αυτή η προσέγγιση ισχύει για άτομα με ασθένειες που συνοδεύονται από κοινωνικό στιγματισμό όπως επιληψία και AIDS (Sanderson,2004; Kaplan et al,1993).

Παρόλα τα πλεονεκτήματα που έχει ένας ασθενής στο να παραδεχτεί την αρρώστια του στους άλλους (προσφορά κοινωνικής υποστήριξης) εντούτοις υπάρχουν και κάποια προβλήματα. Οι φίλοι μπορεί να αποσυρθούν από τους ασθενείς, είτε επειδή φοβούνται μήπως αποκτήσουν την αρρώστια είτε επειδή δεν μπορούν να αντέξουν τις φυσικές αλλαγές των ασθενών. Μερικά άτομα έχουν αρνητικές αντιλήψεις και προκαταλήψεις για άτομα με χρόνιες ασθένειες και τους αντιλαμβάνονται σαν

καταθλιπτικούς, ανίσχυρους,(Devins & Binik, 1996 όπως αναφέρεται από Sanderson,2004).

Επομένως πολλά άτομα με χρόνιες ασθένειες αναφέρουν ότι αισθάνονται απομονωμένοι από τους άλλους και δέχονται μειωμένη κοινωνική υποστήριξη ιδιαίτερα την χρονική στιγμή που την έχουν τόσο ανάγκη. Ακόμα και όταν τα μέλη της οικογένειας ή οι φίλοι θέλουν να βοηθήσουν τις περισσότερες φορές δεν έχουν πραγματική ιδέα τι περνούν οι ασθενείς. Σε μερικές περιπτώσεις οι οικογένειες των ασθενών έχουν μη πραγματικές υψηλές προσδοκίες σχετικά με το πώς οι ασθενείς πρέπει να διαχειριστούν την αρρώστια τους. Μια έρευνα έδειξε ότι όσοι σύζυγοι ασθενών με αρθρίτιδα ήταν απαιτητικοί στο πως θα διαχειριστούν οι ασθενείς στην αρρώστια τους ,χρησιμοποιούσαν λιγότερες ευεργετικές στρατηγικές αντιμετώπισης με αποτέλεσμα στη συνέχεια να βιώνουν άγχος και κατάθλιψη.(Manne & Zautra, 1989 όπως αναφέρεται από Sanderson,2004). Αντίθετα μερικές οικογένειες έχουν χαμηλές προσδοκίες για τους οικείους τους με χρόνιες ασθένειες. Η οικογένεια μπορεί να είναι υπερβολικά υπερπροστατευτική με αποτέλεσμα οι ασθενείς να νιώθουν ή να γίνουν εξαρτημένοι(Sanderson,2004).

Τα μέλη της οικογένειας των χρόνιων ασθενών βιώνουν μερικές φορές αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις. Η εξαρτημένη σχέση που αναπτύσσουν οι ασθενείς με τους οικείους τους , μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική αναστάτωση και άγχος στα άτομα που τους φροντίζουν. Αυτά τα συναισθήματα εκδηλώνονται όταν οι ασθενείς έχουν υψηλά επίπεδα λειτουργικής εξασθένησης όπου οι συγγενείς τους χρειάζεται να είναι διαρκώς δίπλα τους και να τους φροντίζουν. Τα οικογενειακά μέλη των χρόνιων ασθενών έχουν επίσης μειωμένες κοινωνικές δραστηριότητες αφού τον περισσότερο χρόνο τους ασχολούνται με την φροντίδα του αρρώστου και πολλές φορές εγκαταλείπουν τα δικά τους σχέδια και σχέδια.(Sanderson, 2004).

Άτομα με χρόνιες ασθένειες επίσης υποφέρουν από οικονομικά προβλήματα αφού η ασθένεια τους ή η θεραπεία τους επηρεάζει την απασχόληση τους.(Taylor & Aspinwall, 1993 όπως αναφέρεται από Sanderson, 2004). Τα συμπτώματα της χρόνιας ασθένειας εμποδίζουν τους ασθενείς να εργαστούν ή έστω να ασχοληθούν με ορισμένες δουλειές.(Sanderson, 2004).

1.3.3. Ψυχολογικά προβλήματα:

Κατά την διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, τα άτομα βιώνουν όπως αναφέραμε μια αρχική αίσθηση κλονισμού, δυσπιστίας, άρνησης και θυμού. Αυτές οι αντιδράσεις είναι ιδιαίτερα συνηθισμένες σε άτομα νεαρής ηλικίας ,ίσως επειδή αναμένουν ότι οι ασθένειες αναπτύσσονται με την ηλικία και ως εκ τούτου λαμβάνοντας μια τέτοια διάγνωση σε νεαρή ηλικία είναι περισσότερο ανησυχητική παρά όταν κάποιος είναι μεγάλος σε ηλικία(Straub,2002; Sanderson,2004).

Πολλά άτομα με χρόνιες ασθένειες βιώνουν κατάθλιψη, η οποία προκαλείται από την αίσθηση απώλειας ελέγχου. Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι το 40% των ατόμων με χρόνιες ασθένειες υποφέρουν από κατάθλιψη .Στην πραγματικότητα , αυτά τα μεγάλα ποσοστά κατάθλιψης είναι κοινά στην αρχή της διάγνωσης και στην συνέχεια τείνουν να μειώνονται . Μία έρευνα έδειξε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στα ποσοστά της κατάθλιψης ανάμεσα σε υγιή άτομα και σε άτομα με σοβαρές χρόνιες ασθένειες μετά από τρεις μήνες διάγνωσης.(Cassileth et al ,1984 όπως αναφέρεται από Sanderson, 2004).

Οι Hynninen Kia και οι συνεργάτες της(2005) πραγματοποίησαν μια μελέτη που είχε σαν στόχο να αναθεωρήσει τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά στους χρόνιους πνευμονικούς ασθενείς . Η χρόνια πνευμονική πάθηση (COPD) έχει σοβαρές επιπτώσεις σε 600 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως, και αυτήν την περίοδο είναι μια από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας. Χρησιμοποίησαν 81 μελέτες που δημοσιεύθηκαν μεταξύ του 1968 έως του 2004. Οι αναθεωρημένες μελέτες έδειξαν ότι οι ασθενείς που πάσχουν από COPD έχουν μια υψηλή επικράτηση ψυχολογικών διαταραχών και έχουν μειωμένο επίπεδο αποδοτικότητας. Συγκεκριμένα οι ασθενείς αυτοί βιώνουν μεγάλη ανησυχία και κατάθλιψη με αποτέλεσμα να αυξάνεται η λειτουργική τους ανικανότητα και να έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής.(Hynninen et al, 2005).

Το άγχος είναι ένα σοβαρό πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζουν τα άτομα με χρόνιες ασθένειες. Οι Epping -Jordan και οι συνεργάτες τους (1999) ,σε ένα δείγμα ογκόνοτα γυναικών με καρκίνο του μαστού βρήκαν ότι το 40% βίωνε έντονο άγχος. Σε μια άλλη μελέτη, ερευνητές ζήτησαν από ασθενείς να εκτιμήσουν ποιες πτυχές της ασθένειας τους θεωρούν πιο στρεσογόνες. Το 41% ανέφερε τον φόβο και την αβεβαιότητα για το μέλλον, 24% ανέφερε τους περιορισμούς στις σωματικές ικανότητες, στην εμφάνιση και γενικά στον τρόπο ζωής και το 12% έκρινε την διαχείριση του πόνου

ως την πιο στρεσογόνα πτυχή.(Dunkel-Schetter et al, 1992 όπως αναφέρετε από Sanderson, 2004).

Ερευνητές χρησιμοποιώντας την κλίμακα άγχους και κατάθλιψης βρήκαν ότι άτομα με ρευματοειδείς ασθένειες είναι τέσσερις φορές πιο ανήσυχοι και αγχωμένοι σε σύγκριση με υγιή άτομα.(Pincus et al,1996). Επίσης κατά την συνεργασία με άτομα που είχαν ρευματοειδείς ασθένειες βρήκαν μια βελτίωση στην ανησυχία και στο άγχος όταν λάμβαναν γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία ,εκπαίδευση και υποστήριξη. (Newma, S & Mulligan, K,2002)

Οι περισσότερες από τις χρόνιες ασθένειες προκαλούνται από τον τρόπο ζωής του ατόμου όπως το κάπνισμα, έλλειψη άσκησης, κακή διατροφή με αποτέλεσμα οι ασθενείς συχνά να κατηγορούν τον εαυτό τους και να τον θεωρούν υπαίτιο. Έτσι αισθάνονται ενοχές για τον πόνο που προκαλούν στους ίδιους και στους άλλους γύρω τους με αποτέλεσμα να βιώνουν άγχος και να οδηγούνται σε κατάθλιψη.(Glinder & Compas, 1999 όπως αναφέρεται από Sanderson, 2004; DiMatteo et al, 2006).

2. ΣΤΡΕΣ

2.1. Ορισμός:

Η λέξη στρες προέρχεται από τον λατινικό όρο «districtus» και συνίσταται στην φυσική και πνευματική αντίδραση του υποκειμένου σε πιέσεις και απαιτήσεις του περιβάλλοντος. (Martin, 1990).

Η προσπάθεια ορισμού της έννοιας του στρες απασχόλησε και απασχολεί πολλούς επιστήμονες. Παρόλο που δεν υπάρχει ένας αποδεκτός ορισμός, εντούτοις το στρες μπορεί να γίνει κατανοητό με τρεις τρόπους.(Straub, 2002).

Η πρώτη προσπάθεια ορισμού περιγράφει το στρες από την προοπτική του ερεθίσματος ως μία ανεξάρτητη μεταβλητή. Το στρες ορίζεται ως ένα χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος, μία απειλητική κατάσταση που επηρεάζει τα άτομα (Καραδήμας,2005).

Η δεύτερη προσπάθεια ορισμού περιγράφει το στρες ως εξαρτημένη μεταβλητή, ως αντίδραση του ατόμου σε ένα αρνητικό ερέθισμα. Στρες είναι η σωματική και ψυχολογική αντίδραση σε εξωτερικά γεγονότα. Η ψυχολογική αντίδραση περιλαμβάνει συναισθήματα όπως άγχος, κατάθλιψη, φόβο κτλ ,συμπεριφορές όπως κάπνισμα και υπερφαγία και πολλές φορές εκδηλώνονται απαισιόδοξες σκέψεις. Η σωματική αντίδραση περιλαμβάνει συμπτώματα όπως αύξηση πίεσης του αίματος, δύσπνοια, πονοκεφάλους κτλ. (Straub,2002).

Η τρίτη προσπάθεια ορισμού του στρες που θεωρείται και η καλύτερη, περιγράφει το στρες ως μία διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τα ερεθίσματα όσο και τις αντιδράσεις και γενικά περικλείει την αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Όταν το άτομο αντιλαμβάνεται μία ασυμφωνία ή αντίφαση- πραγματική ή φανταστική- ανάμεσα στις απαιτήσεις που προβάλλει μία κατάσταση και στα αποθέματα(βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά)που διαθέτει για να την αντιμετωπίσει τότε βιώνει στρες. Το μοντέλο αυτό προτάθηκε από τον Lazarus και τους συνεργάτες του. (Lazarus & Folkman 1984 όπως αναφέρετε από Παπαδάτου,1995).Το στρες λοιπόν δημιουργείται όταν νιώθουμε ότι οι απαιτήσεις στη ζωή μας ξεπερνούν τα όρια αυτών που μπορούμε να κάνουμε.(Cooper, 1996).

Οι Lazarus και Folkman διακρίνουν την *γνωστική αξιολόγηση ή εκτίμηση των συνθηκών* , μία διεργασία που περιλαμβάνεται στο βίωμα του στρες. Η γνωστική

αξιολόγηση χωρίζεται σε δύο φάσεις, την πρωτογενή και την δευτερογενή. Κατά την πρωτογενή φάση το άτομο στην επαφή του με ένα ερέθισμα κρίνει κατά πόσο αυτό είναι « άσχετο» και μη σημαντικό για εκείνον, «θετικό» με αποτέλεσμα να βιώνει θετικά συναισθήματα και «στρεσογόνο» το οποίο συνοδεύεται από αρνητικά συναισθήματα. (Straub,2002; Kaplan et al,1993).Όταν το γεγονός κριθεί ως ψυχοπιεστικό, αυτόματα το άτομο το αξιολογεί ως επιζήμιο (όταν αναφέρεται σε ζημιές που έχουν ήδη υποστεί), ως απειλητικό(όταν υπάρχει πιθανότητα κινδύνου) ή ως προκλητικό(όταν υπάρχει πιθανότητα κέρδους έστω κάτω από δύσκολες συνθήκες). Για παράδειγμα η αναγγελία μίας χρόνιας αρρώστιας μπορεί να εκτιμηθεί ως βλάβη, απειλή ή πρόκληση.(Παπαδάτου,1995).

Η δευτερογενής εκτίμηση περιλαμβάνει την αξιολόγηση των αποθεμάτων και των δυνατοτήτων που διαθέτει το άτομο για να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που του παρουσιάζονται. Ανάλογα με το πόσο σημαντικό κρίνει ένα άτομο αυτό που διαπραγματεύεται , το βαθμό του κινδύνου και την αντίληψη του για τις δικές του ικανότητες, παράγεται και ο αντίστοιχος βαθμός στρες.(Καραδήμας,2005).

Ενδιαφέρουσα είναι η άποψη του Perlin(1989) για το στρες , το οποίο προέρχεται από τον κοινωνικό μας περίγυρο. Ο Perlin πιστεύει ότι το στρες προκαλείται από πολλούς παράγοντες όπως από τη κοινωνική και οικονομική τάξη στην οποία ανήκει κάποιος, από την εθνότητα, το φύλο και την ηλικία. Κάθε άτομο ζει σε μία κοινωνία στην οποία κατέχει κάποιες θέσεις και ρόλους(είτε οικογενειακούς είτε επαγγελματικούς.) Όταν εκπληρώνει τις απαιτήσεις του ρόλου του ενισχύεται η αυτοεκτίμηση του , ενώ όταν αποτυγχάνει, μειώνεται η αυτοεκτίμηση του και αυξάνεται το στρες.(Perlin, 1989 όπως αναφέρετε από Καραδήμα, 2005).

Για την αξιολόγηση των πηγών στρες χρησιμοποιήθηκαν κάποιοι κατάλογοι με «γεγονότα ζωής» και «καθημερινές προστριβές». Τα γεγονότα ζωής είναι σοβαρά γεγονότα που μπορούν να σπάνια στη ζωή ενός ατόμου(όπως θάνατος, βία, χωρισμοί κτλ). Πολλά γεγονότα καταχωρήθηκαν στην λίστα *Social Readjustment Rating Scale* .Βασική υπόθεση ήταν ότι η αλλαγή που τα γεγονότα ζωής επιφέρουν ,ευθύνεται για κάποια προβλήματα υγείας . Οι «καθημερινές προστριβές» είναι προβλήματα που συναντάμε στην καθημερινή μας ζωή (όπως οικονομικές δυσκολίες, προβλήματα σχέσεων, σπουδών κτλ). Σύμφωνα με μία έρευνα , η συσχέτιση των προστριβών με την

υγεία είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με τα γεγονότα ζωής.(Chamberlain et al, 1986 όπως αναφέρεται από Καραδήμα, 2005).

Στο σημείο αυτό πρέπει να κάνουμε ένα διαχωρισμό ανάμεσα στις έννοιες « στρες» και « άγχος», οι οποίες αν και παρεμφερή δεν ταυτίζονται. Το άγχος(anxiety) είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθήματα επικείμενου κινδύνου, ένταση και ανησυχία και για κάθε άτομο διαφορετική ως προς την σωματική και ψυχική ένταση. Το άγχος ως ένα σημείο θεωρείται φυσιολογικό αφού είναι χρήσιμο για την προσαρμογή του ανθρώπου. Το υπερβολικό άγχος όμως διαταράσσει την ομαλή λειτουργία του ατόμου . Το άγχος πηγάζει από τον ίδιο μας τον εαυτό, γι αυτό δεν είναι ανάγκη ο αγχωτικός να διακρίνει εξωτερικό αντικείμενο που να του προκαλεί άγχος. Το άγχος μπορεί να επιφέρει στο φυσιολογικό επίπεδο ίδια αποτελέσματα με το στρες, όμως στο ψυχολογικό επίπεδο αποτελεί υποσύνολο του, καθώς αποτελεί την υποκειμενική αντίληψη των στρεσογόνων καταστάσεων, το πώς βιώνει κάθε άτομο τις καταστάσεις αυτές. Αντίθετα το στρες είναι μια αντικειμενική και ασυνείδητη διαδικασία και αναφέρεται τόσο στα στρεσογόνα ερεθίσματα όσο και στις σωματικές αντιδράσεις, ψυχικές και κοινωνικές αντιδράσεις του ατόμου.(Τσάνης, 1991).

2.2. Πώς αντιδρά ο οργανισμός στο στρες:

Το στρες είναι αναπόσπαστο και απαραίτητο κομμάτι της ζωής και θεωρείται σαν ένας φυσιολογικός μηχανισμός άμυνας του οργανισμού μας. Η ζωή χωρίς στρες, δεν είναι αναγκαστικά καλή. Το στρες είναι απαραίτητο για την επιβίωση μας διότι σε περιπτώσεις επικείμενου κινδύνου επιτρέπει την άμεση αντίδραση μας. (Cooper, 1996).

Το σώμα μπορεί να αντιδρά στο στρες με διάφορους τρόπους είτε άμεσους είτε μακροπρόθεσμους. Η πιο γνωστή αντίδραση είναι αυτή της «φυγής ή της πάλης» που περιγράφηκε από τον Cannon. Ονομάστηκε έτσι γιατί ο οργανισμός μπροστά σε ένα κίνδυνο είτε θα επιτεθεί είτε θα φύγει, θα « το βάλει στα πόδια.». Στην περίπτωση αυτή το σώμα αντιδρά στο στρες, απελευθερώνοντας στο αίμα ορμόνες του στρες όπως η κορτιζόνη και η αδρεναλίνη. Οι ορμόνες αυτές προκαλούν τόσο θετικές όσο και αρνητικές πλευρές: θετικές, γιατί θέτουν σε συναγερμό τα συστήματα του οργανισμού που μπορούν έτσι να βρίσκονται σε εγρήγορση για να ανταπεξέρχονται σε δύσκολες καταστάσεις και αρνητικές για το λόγο ότι η υψηλή διέγερση μπορεί να μπορεί να καταστεί επικίνδυνη. Αυτό που πρέπει να αποφευχθεί είναι το χρόνιο και μακροπρόθεσμο στρες. (Καραδήμας,2005; Di Matteo et al,2006).

Ο Hans Selye αναφέρθηκε στο *Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής*. Το σύνδρομο αυτό είναι η αμυντική αντίδραση του οργανισμού, όταν η έκθεση στο στρεσογόνο ερέθισμα είναι διαρκής. Το σύνδρομο αυτό έχει τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο σημαίνει ένα είδος συναγερμού που κινητοποιεί τις δυνάμεις του οργανισμού να αναλάβουν δράση. Στο δεύτερο, ο οργανισμός αναγνωρίζει το αρνητικό ερέθισμα και αντιστέκεται, προσπαθώντας να διατηρήσει σταθερές τις λειτουργίες του. Αν το στρες διαρκέσει πολύ ή είναι ιδιαίτερα έντονο ξεκινά ένα τρίτο στάδιο, η εξάντληση, κατά την οποία ο οργανισμός καταρρέει. Το στάδιο αυτό σχετίζεται με το χρόνιο στρες και οδηγεί σε σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία. (DiMatteo et al,2006).

Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχουν τρία συστήματα του οργανισμού που αντιδρούν στα στρεσογόνα ερεθίσματα: το νευρικό, το ενδοκρινικό και το νευροενδοκρινικό, τα οποία με την σειρά τους επιδρούν στην υγεία. (Everly, 1990 όπως αναφέρετε από Καραδήμα,2005).

2.3. Πώς το χρόνιο στρες μπορεί να βλάψει την υγεία:

Οι σωματικές αντιδράσεις στο στρες όταν αυτό είναι σύντομης διάρκειας έχουν θετικές επιδράσεις στον οργανισμό μας . Σε περίπτωση χρόνιου στρες , ο οργανισμός εθίζεται και δεν κινητοποιείται για να αντιδράσει. Έτσι δεν διεγείρονται τα αμυντικά συστήματα , με αποτέλεσμα ο οργανισμός να μην μπορεί να αντισταθεί σε ιούς ή βακτήρια και να προσβάλλεται από ποικίλες ασθένειες.(Hellhammer & Wade, 1993).

Στην ερώτηση «*Το στρες κάνει πιο επιρρεπείς τους ανθρώπους σε σωματικές ασθένειες;*» οι απόψεις δίστανται. Έχει αποδειχτεί όμως και όλοι οι επιστήμονες συμφωνούν πώς άτομα τα οποία βιώνουν έντονο στρες είναι πιο ευάλωτοι από τους άλλους να περιπέσουν σε συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία όπως είναι κάπνισμα, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, έλλειψη άσκησης κτλ. Κατά συνέπεια το στρες ενεργεί έμμεσα σαν αιτία στις ασθένειες ,αφού επηρεάζει τις συμπεριφορές υγείας.(Marks et al,2000).

Το χρόνιο στρες μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα στη σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και σε προβλήματα συμπεριφοράς. Τα ενδεικτικά προβλήματα υγείας που ενδέχεται να προκαλέσει αφορούν το καρδιοαναπνευστικό σύστημα(αύξηση της πίεση ,του ρυθμού της καρδιάς, των λιπιδίων του αίματος με αποτέλεσμα αυτές οι παθολογικές αντιδράσεις να αποτελούν προϋποθέσεις για καρδιοπάθεια, αρτηριοσκλήρυνση, διαβήτη κτλ., το γαστρεντερικό σύστημα(έλκος στομάχου, έλκος δωδεκαδάκτυλου) κτλ. Επίσης το χρόνιο στρες μερικές φορές αυξάνει την όρεξη , που με την σειρά της οδηγεί σε παχυσαρκία. Η παχυσαρκία από την άλλη είναι μια σύγχρονη μάστιγα που προκαλεί πολλές σοβαρές ασθένειες όπως καρδιοπάθειες, καρκίνο, διαβήτη, υψηλή πίεση και καρκίνο.(Kaplan et al, 1993; Taylor, 1999).

Το πρόβλημα με το στρες είναι να μπορούμε να το ελέγχουμε και να το αντιμετωπίζουμε σωστά. Το στρες που αντιμετωπίζεται σωστά , μπορεί να μας κάμει παραγωγικούς και ευτυχισμένους. Η αίσθηση ελέγχου πάνω σε ότι συμβαίνει σε μας είναι σημαντική. Όταν εμείς αισθανόμαστε ότι ελέγχουμε τον εαυτό μας , τότε το στρες γίνεται το καρύκευμα της ζωής, δηλαδή μία πρόκληση αντί μια απειλή. Αντίθετα όταν χάσουμε αυτή την σημαντική αίσθηση ελέγχου, τότε το στρες οδηγεί σε σοβαρά προβλήματα .(Cooper, 1996).

2.4. Τεχνικές αντιμετώπισης του στρες:

Στην σημερινή εποχή υπάρχουν πολλοί τρόποι για να ξεφύγουμε από τον καταστροφικό φαύλο κύκλο του στρες. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης τους στρες σύμφωνα με τον Lazarus και Folkman (1984) αναφέρονται στις γνωστικές συναισθηματικές και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου, να ελαχιστοποιήσει, να μειώσει και να χειριστεί τις εσωτερικές ή εξωτερικές στρεσογόνες απαιτήσεις οι οποίες σύμφωνα με την κρίση του ατόμου ξεπερνούν τις δυνατότητες του. (Lazarus et Folkman, 1984 όπως αναφέρετε από Sanderson,2004).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: (α)στις στρατηγικές που επικεντρώνονται στην επίλυση του προβλήματος και (β) στις στρατηγικές που αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί το άτομο δεν είναι πάντα ευεργετικές και εξαρτώνται πάντα από την κατάσταση του (Straub,2002).

Οι στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος αναφέρονται στις προσπάθειες του ατόμου να διαπραγματευτεί άμεσα το πρόβλημα του είτε μειώνοντας τις απαιτήσεις είτε αυξάνοντας τις ικανότητες του για να το λύσει. Τέτοιες στρατηγικές είναι η αναζήτηση και συγκέντρωση πληροφοριών, η δημιουργία ενός πλάνου δράσης, ο προγραμματισμός, η εξερεύνηση κάποιων άλλων εναλλακτικών λύσεων κτλ. (Sanderson,2004). Συνήθως οι στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος χρησιμοποιούνται όταν το άτομο πιστεύει ότι μπορεί να έχει κάποια επίδραση στις στρεσογόνες συνθήκες. Για παράδειγμα ο άρρωστος ο οποίος μόλις έμαθε ότι πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια, ανατρέχει σε ιατρικά βιβλία για να ενημερωθεί για την αρρώστια του και ζητά μία δεύτερη γνώμη πριν δώσει τη συγκατάθεση του στην θεραπεία.(Παπαδάτου,1995).

Οι εστιασμένες στο συναίσθημα στρατηγικές περιλαμβάνουν συμπεριφορικές και γνωστικές στρατηγικές με σκοπό το άτομο να ρυθμίσει το παραγόμενο του συναίσθημα. Οι συμπεριφορικές στρατηγικές περιλαμβάνουν αναζήτηση υποστήριξης, λήψη ουσιών, αποφυγή του στρεσογόνου ερεθίσματος κτλ. Γνωστικές στρατηγικές μπορεί να είναι η άρνηση του γεγονότος, η απώθηση, η εκλογίκευση και άλλες που αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων.(Straub, 2002). Το άτομο χρησιμοποιεί στρατηγικές που αποβλέπουν στην ρύθμιση των συναισθημάτων, όταν νιώθει ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτα για να τροποποιήσει την στρεσογόνο κατάσταση. Για παράδειγμα ένα άτομο που

πάσχει από κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας μπορεί να καταφύγει στην χρήση ουσιών, να αναζητήσει την υποστήριξη των φίλων ή να ασχοληθεί με δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή του από το ψυχοπιεστικό γεγονός. Επίσης μπορεί να αρνείται την σοβαρότητα των συμπτωμάτων ή να εκλογικεύει την κατάσταση του θεωρώντας ότι «υπάρχουν και χειρότερα πράγματα στην ζωή» ή επανεκτιμώντας θετικά την κατάσταση του «εξαιτίας της αρρώστιας, έμαθα να απολαμβάνω τις χαρές της ζωής.» (Παπαδάτου, 1995).

Οι περισσότερες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι εστιασμένες στο συναίσθημα στρατηγικές, δεν επιφέρουν ευεργετικά αποτελέσματα. Η άρνηση ενός προβλήματος ή η αποφυγή του μπορεί να δημιουργήσει ψυχολογικά προβλήματα στο άτομο. Για παράδειγμα σε μία έρευνα με γυναίκες που είχαν καρκίνο του μαστού, βρέθηκε ότι όσες συγκρατούσαν τα συναισθήματα τους χωρίς να τα εκφράζουν, στην συνέχεια βίωναν κατάθλιψη και άγχος.(Classen, Koopman, Angell & Speigel, 1996 όπως αναφέρεται από Sanderson, 2004). Από την άλλη οι στρατηγικές που αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν μία στρεσογόνο κατάσταση μπορούν να παίξουν ένα ευεργετικό ρόλο μόνο βραχυπρόθεσμα. Για παράδειγμα, στη φάση μιας απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας, η άρνηση της πραγματικότητας μπορεί να είναι προσωρινά αποτελεσματική αλλά αν συνεχιστεί δημιουργεί προβλήματα στην προσαρμογή του ατόμου, αφού αφήνει την πηγή των δυσάρεστων συναισθημάτων ανεπηρέαστη. (Παπαδάτου, 1995).

Ένα άτομο που βιώνει στρες συχνά ενεργοποιεί στρατηγικές που αποβλέπουν τόσο στην επίλυση του προβλήματος, όσο και στη ρύθμιση των συναισθημάτων του. Η επιλογή των στρατηγικών εξαρτάται πάντα από την αντίληψη που έχει το άτομο για το πρόβλημα του και τις δυνατότητες του.(Sanderson, 2004). Άτομα που αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις χρησιμοποιώντας την «σωστή» για αυτούς στρατηγική βιώνουν λιγότερα συμπτώματα άγχους ενώ άτομα που χρησιμοποιούν στην «λάθος» στρατηγική βιώνουν πολλά αρνητικά συμπτώματα.(Forsythe & Compas, 1987 όπως αναφέρετε από Sanderson, 2004).

2.5. Στρες: αιτία ή αποτέλεσμα:

Υπάρχει μεγάλη δυσκολία στην εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το διαχωρισμό της αιτίας από το αποτέλεσμα. Είναι τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά (στρες) οι παράγοντες που συνεισφέρουν στην ανάπτυξη των χρόνιων ασθενειών, πρόκειται για αντιδράσεις στην ανάπτυξη της ασθένειας ή είναι και τα δύο προϊόντα μιας άλλης μεταβλητής(γενετική προδιάθεση). Στην πραγματικότητα, το στρες είναι δυνατόν να προκαλείται από μία ασθένεια , αλλά και να την προκαλεί. Για παράδειγμα , ο εντοπισμός μιας συσχέτισης μεταξύ του άσθματος και του στρες σημαίνει ότι: Το στρες είναι δυνατόν να συντέλεσε στην εμφάνιση του άσθματος, αλλά επίσης το άσθμα ενδέχεται να συντέλεσε στην εμφάνιση του στρες.(DiMatteo & Martin,2006).

2.6. Στρες και χρόνια ασθένεια:

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να εξηγήσουμε τον διαχωρισμό που υπάρχει ανάμεσα στις « ψυχοσωματικές διαταραχές και στις σωματοψυχικές». Ως ψυχοσωματικά φαινόμενα ορίζονται τα οργανικά προβλήματα που οφείλονται κυρίως σε ψυχολογικούς παράγοντες. Ορισμένες από τις ψυχοσωματικές διαταραχές αποτελούν: Το άσθμα, βρογχικό άσθμα, έντονοι πονοκέφαλοι, καρκίνος, παχυσαρκία, ρευματοειδής αρθρίτιδα κτλ. Σωματοψυχικά φαινόμενα αποκαλούνται τα ψυχολογικά προβλήματα που προκύπτουν από οργανικές διαταραχές. Για παράδειγμα, το παρατεταμένο στρες προκαλεί έντονες ημικρανίες σε ένα άτομο(ψυχοσωματική διαταραχή). Οι ημικρανίες με τη σειρά τους επηρεάζουν τον ψυχισμό του ατόμου, με αποτέλεσμα να βιώνει εκνευρισμό, άγχος, αυπνίες κλπ.(σωματοψυχικές διαταραχές). (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος,1995; Verhaak,1997).

Όπως έχουμε αναφέρει το στρες ενοχοποιείται για την εμφάνιση πολλών προβλημάτων υγείας και συγκεκριμένα χρόνιων ασθενειών όπως καρδιαγγειακές παθήσεις και ιδιαίτερα η υπέρταση και η στεφανιαία νόσος. Στην στεφανιαία νόσο περιλαμβάνονται η στηθάγχη, η αρτηριοσκλήρωση, η αθηροσκλήρωση και το έμφραγμα μυοκαρδίου.(DiMatteo & Martin, 2006). Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η σχέση μεταξύ του στρες και της καρδιακής προσβολής. Έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει αυξημένη θνησιμότητα σε περιστάσεις ψυχολογικού στρες. (Phillips et al,2001).

Σημαντικά είναι τα ευρήματα επίσης για την σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων και καρκίνου , η οποία εξετάζεται εμπειρικά από αρκετούς ερευνητές τα τελευταία χρόνια και οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με την καρκινογένεση. Η βασική ιδέα των θεωριών τους είναι ότι το καθημερινό στρες, το κοινωνικό περιβάλλον και η προσωπικότητα του ασθενή βοηθούν σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη του καρκίνου και επηρεάζουν ευνοϊκά την εξέλιξη του.(Cooper 1984, Gentry 1984, Rachman 1984, Georgas et al,1984 όπως αναφέρετε από Ρήγα ,2005). Οι ατομικές διαφορές μεταξύ των ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων και των τρόπων με τους οποίους αυτοί αντιδρούν σε καταστάσεις στρες, μπορεί να ασκήσουν μια ισχυρή επίδραση στη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, με μεγάλη πιθανότητα κάποιοι να περιπέσουν θύματα ασθενειών όπως ο καρκίνος. Για την δημιουργία καρκίνου όμως δεν είναι ένας αιτιολογικός παράγοντας υπεύθυνος αλλά

αλληλεπιδρούν και άλλες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές .Σύμφωνα με την άποψη ερευνητών, ο πιο σημαντικός παράγοντας για την καρκινογένεση θεωρείται η χρόνια καταπίεση των συναισθημάτων. (Ρήγα , 2005).

Το στρες όπως αναφέραμε πιο πάνω ,τις περισσότερες φορές ενεργεί έμμεσα σαν αιτία στις ασθένειες αφού συχνά τα άτομα που διακατέχονται από έντονο στρες είναι πιο πιθανόν να περιπέσουν σε ανθυγιεινές συμπεριφορές υγείας όπως κάπνισμα, αλκοόλ, λήψη ουσιών κτλ. Αυτές οι συμπεριφορές με την σειρά τους οδηγούν στην ανάπτυξη χρόνιων ασθενειών. (Taylor, 1999).

Πώς όμως εφόσον όλοι οι άνθρωποι υφίστανται μεγάλες ποσότητες στρες, ασθενούν μόνο ορισμένοι; Η απάντηση στο ερώτημα βρίσκεται τους λεγόμενους *ρυθμιστικούς παράγοντες* οι οποίοι ρυθμίζουν την σχέση μεταξύ του στρες και υγείας. Το μέγεθος της επίδρασης του στρες στην υγεία ποικίλει ως αποτέλεσμα προσωπικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών του ατόμου. Διαφορές για παράδειγμα ως προς τον βαθμό κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνει κάποιος ή ως προς τις ικανότητες, την αίσθηση αυτοχΐης, την αίσθηση ελέγχου στο περιβάλλον, και τις πεποιθήσεις καθιστούν κάποια άτομα πιο ανθεκτικά και άλλα πιο ευάλωτα απέναντι στο στρες.(Καραδήμας,2005).

Όπως έχουμε αναφέρει είναι δύσκολος ο διαχωρισμός της αιτίας από το αποτέλεσμα. Όσον αφορά το στρες ως αποτέλεσμα μιας χρόνιας ασθένειας πολλοί ερευνητές το επιβεβαιώνουν. Πιο πάνω είχαμε εστιαστεί στα προβλήματα και στις απώλειες που υφίστανται άτομα με χρόνιες ασθένειες. Μία σοβαρή ασθένεια σίγουρα επιδρά αρνητικά στο άτομο και συγκεκριμένα του δημιουργεί εξασθένηση και ψυχοσωματική ανικανότητα . Ο πόνος και οι αλλαγές που παρατηρούνται στην εμφάνιση δημιουργούν έντονο στρες .(Heijmans et al, 2004 όπως αναφέρετε από Verhaak et al, 2004).

3.ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

3.1. Ορισμός:

Η ποιότητα ζωής είναι μία πλούσια σε περιεχόμενο έννοια και αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Ένας πλήρης και ικανοποιητικός ορισμός της ποιότητας ζωής είναι δύσκολο να αποσαφηνιστεί με ακρίβεια. (McGree,2001).

Κατά την περίοδο του Β Παγκοσμίου Πολέμου , ο όρος « ποιότητα ζωής» αρχικά εξέφραζε την κατοχή, κυρίως, υλικών αγαθών(αυτοκίνητα, καταναλωτικά αγαθά). Στην δεκαετία του '60 , το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται, συμπεριλαμβάνοντας την εκπαίδευση, την υγεία, όπως και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση. Στην δεκαετία του '70 , δίνεται επιπλέον έμφαση προς την κατεύθυνση της συναισθηματικής και ψυχο-κοινωνικής ισοροπίας και ευεξίας. Επίσης παρατηρείται ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής σε καταστάσεις αρρώστιας, θεραπείας και αποκατάστασης.(Σαρρής, 2001)

Σήμερα , είναι πλέον αποδεκτό ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ο όρος «ποιότητα ζωής» είναι μία ευρεία έννοια που επηρεάζεται πολύπλοκα από τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση , τις προσωπικές του πεποιθήσεις, τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχέσεις του με το ευρύτερο περιβάλλον.(Καραδήμας,2005; Lee et al,2004). Ο ορισμός που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει πιθανές πολιτισμικές ή ατομικές διαφοροποιήσεις στον ορισμό της έννοιας (McGee,2001).Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ,εστιάζεται στην ποιότητα ζωής η οποία επηρεάζεται από διάφορες ασθένειες.(Niv & Keitler, 2001 όπως αναφέρετε από Otto et al,2006).

Σύμφωνα με την θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών ,η ποιότητα ζωής αναφέρεται στην ψυχολογική ευεξία, η οποία ενυπάρχει στο σημείο εκείνο όπου οι πρωταρχικές ανάγκες(σωματική και κοινωνική ευεξία πληρούνται).(Σαρρής et al,2001).

3.2. Διαστάσεις της ποιότητας ζωής:

Σύμφωνα με την Fallowfield(1990), η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα σύμπλεγμα παραμέτρων ικανοποιητικής λειτουργίας σε τρεις διαστάσεις: α) της σωματικής ευεξίας, β) της ψυχικής ευεξίας και γ) της κοινωνικής ευεξίας. (Fallowfield 1990 όπως αναφέρεται από Παπαδάτου Δ,1995; Σαρρή,2001).

Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και το επίπεδο των δραστηριοτήτων που του επιτρέπει η σωματική του κατάσταση. Στο τομέα της σωματικής ευεξίας εξετάζεται η νοσηρότητα, ο πόνος και το επίπεδο της σωματικής λειτουργίας. Ο χρόνιος πόνος για παράδειγμα εμποδίζει σημαντικά το άτομο να δημιουργήσει μία καλή ποιότητα ζωής ενώ παράλληλα του προκαλεί ψυχολογικά (άγχος και κατάθλιψη) , κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. (Παπαδάτου Δ,1995; Σαρρή,2001). Βέβαια ο πόνος είναι μια υποκειμενική προσωπική εμπειρία και κανείς δεν μπορεί να γνωρίζει επακριβώς την αίσθηση πόνου ενός άλλου ατόμου. Το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται διαφορετικά και αντιδρά διαφορετικά στον πόνο και προσδίδει διάφορα ποικίλα νοήματα στον πόνο του. (Camic & Knight,1998).

Στην ψυχική ευεξία διερευνάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου με κλίμακες που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, στην ευεξία, στην συνολική ικανοποίηση, αλλά και στο άγχος, στην κατάθλιψη και στην ικανότητα προσαρμογής. Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς που υποφέρουν από άγχος και κατάθλιψη είναι ανήμποροι να αντιληφθούν και να ευχαριστηθούν όποια άλλη πλευρά συμβάλλει στην ποιότητα της ζωής τους. Η υγιής ψυχολογική λειτουργία που είναι ελεύθερη από άγχος και κατάθλιψη και η ικανότητα προσαρμογής σε διάφορες καταστάσεις αρρώστιας είναι το κομβικό σημείο για τη διατήρηση καλής ποιότητας ζωής. (Παπαδάτου Δ,1995; Σαρρή,2001).

Η κοινωνική ευεξία αντανακλά, το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση κοινωνικών ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη κοινωνική υποστήριξη από το στενό του περιβάλλον. (φίλους-οικογένεια). Όταν ένα άτομο πάσχει από ασθένεια που συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα και προκαταλήψεις, οι φόβοι του αρρώστου μήπως περιοποιηθεί επηρεάζουν τη επικοινωνία του με τους άλλους. Η ποιοτική υποστήριξη που παρέχουν οι συγγενείς και φίλοι, συμβάλλουν θετικά στην ποιότητα ζωής του.(Παπαδάτου Δ,1995; Σαρρή,2001).

Όσον αφορά τον επαγγελματικό τομέα είναι γνωστό ότι ένας βαθμός προσωπικής ικανοποίησης αποκτάται δια μέσου της κοινωνικής αναγνώρισης και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων που πραγματοποιούνται στο χώρο εργασίας. Πολλοί άνθρωποι αποκομίζουν μια ισχυρή αίσθηση ταυτότητας από την εργασία τους. Για παράδειγμα, από το ρόλο τους ως φοιτητές ή από την αφοσίωση τους στην καριέρα τους.(Reynolds, 1997). Η πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω ασθένειας , απειλεί ιδιαίτερα την αξία του εαυτού, τον αυτοσεβασμό και την αυτοεκτίμηση του και θα μπορούσαν να προκαλέσουν έντονο ψυχολογικό άγχος. Η εξάρτηση από τους άλλους για την εκπλήρωση των τυπικών αναγκών της ζωής (ψώνια, μαγείρεμα, πλύσιμο) είναι δυνατόν να προκαλέσει σημαντική απώλεια της αυτοεκτίμησης και γενικά η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης είναι πιθανόν να οδηγήσουν ένα άτομο στην κατάθλιψη. Ακόμα και αν ληφθεί υπόψη η επίδραση της σοβαρότητας της ασθένειας, της ηλικίας, της κοινωνικής υποστήριξης και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, ο περιορισμός των σωματικών ικανοτήτων αποτελεί προβλεπτικό δείκτη της εκδήλωσης κατάθλιψης.(Williamson, 1998).

3.3. Σημαντικές πτυχές στη ζωή των ανθρώπων:

Η ενδιαφέρουσα έρευνα της Bowling(1995) με θέμα « *Ποία πράγματα είναι σημαντικά στη ζωή των ανθρώπων*» μας παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Η έρευνα στόχευε στη συλλογή των ‘κανόνων’ που θέτει ο πληθυσμός για τους τομείς επίδρασης της ποιότητας ζωής και της ποιότητας ζωής σε σχέση με τον τομέα της υγείας. Σχετικά με τη γενική ερώτηση για τα πέντε πιο σημαντικά πράγματα(καλά ή άσχημα) στη ζωή τους (κατά σειρά προτεραιότητας), όσοι απάντησαν δεν δίστασαν να δηλώσουν ως πρώτο σημαντικό πράγμα τη σχέση με τους οικείους τους (οικογενειακό περιβάλλον) και τους συγγενείς, με επόμενο την προσωπική τους υγεία, την υγεία ενός άλλου (κοντινού) προσώπου και την οικονομική άνεση σχετικά με τη διαβίωση και το νοικοκυριό. Στους συμμετέχοντες που ανέφεραν μια μακροχρόνια ασθένεια, οι συνθήκες με μεγαλύτερο βαθμό επίδρασης στη ζωή τους που αναφέρθηκαν με μεγαλύτερη συχνότητα ήταν οι ασθένειες του αναπνευστικού, οι (ορθοπεδικές) αναπηρίες, οι καρδιακές παθήσεις και οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος. Οι σημαντικές συνέπειες στην προσωπική τους ζωή από τις μακροχρόνιες

ασθένειες που συχνότερα αναφέρθηκαν στην πρώτη θέση (κατά σειρά προτεραιότητας ή συχνότητα) ήταν η ικανότητα να βγουν έξω και να σταθούν όρθιοι /να περπατήσουν/ να πάνε για ψώνια, η ικανότητα να δουλέψουν /να βρουν δουλειά και οι συνέπειες στην κοινωνική ζωή τους και στις δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο.(Bowling, 1995).

3.4. Μέτρηση της ποιότητας ζωής:

Λόγω της δυσκολίας ύπαρξης ενός ακριβούς προσδιορισμού του εννοιολογικού περιεχομένου της ποιότητας ζωής, είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί μία ακριβής μέτρηση της που να χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η μέτρηση της μπορεί να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους, ανάλογα με τους στόχους της έρευνας.

Για την μέτρηση της ποιότητας ζωής δίνουμε έμφαση στους υποκειμενικούς και αντικειμενικούς παράγοντες της ζωής ενός ατόμου. Ως αντικειμενικοί δείκτες της ποιότητας ζωής θεωρούνται η σωματική λειτουργικότητα και ικανότητα για εργασία, γιατί αντανακλούν τη σωματική κατάσταση του ασθενή. Ως υποκειμενικοί δείκτες θεωρούνται το επίπεδο της ψυχοσυναισθηματικής του κατάστασης και η γενική ικανοποίηση από τη ζωή. Μερικά όργανα εκτίμησης και μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι: Ο Δείκτης Λειτουργικότητα Karnofski, ο Δείκτης Λειτουργικότητας της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, ο Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής, ο Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής, το Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο, η Επίσκόπηση Υγείας του Nottingham, το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας κτλ.(Σαρής,2001)

Σημαντικό αποτελεί το γεγονός ότι η ποιότητα ζωής δεν παραμένει ίδια, αλλά σημειώνονται διακυμάνσεις ανάλογα με τη φάση της ζωής, τις κοινωνικές συνθήκες και την πορεία της αρρώστιας. Οι προσδοκίες, οι προτεραιότητες και οι απαιτήσεις των ανθρώπων αλλάζουν, με αντίστοιχες αλλαγές στην αντίληψη της ποιότητας ζωής, που μπορεί να δείξει βελτίωση σε ορισμένα πεδία και επιδείνωση σε άλλα.(Νάκου,2001).

3.5. Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα:

Αξιοσημείωτη είναι η έρευνα του Υφαντόπουλου(2001) σχετικά με το θέμα της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα. Για την αξιολόγηση και μέτρηση χρησιμοποιήθηκε η Επισκόπηση Υγείας EQ-15D, η οποία αναφέρεται σε 15 διαστάσεις της ποιότητας ζωής.(κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή, ύπνος, φαγητό, ομιλία, αφόδευση, συνήθειες δραστηριότητες, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία και συμπτώματα, κατάθλιψη, εξάντληση, ζωτικότητα, σεξουαλική δραστηριότητα). Η κάθε διάσταση περιλαμβάνει 5 επίπεδα απαντήσεων, τα οποία είναι ιεραρχικά ταξινομημένα. Η καλύτερη δυνατή κατάσταση της υγείας ενός ατόμου σημειώνεται με το επίπεδο 1 και η χειρότερη δυνατή με το επίπεδο 5. Το EQ-15 εφαρμόστηκε σε δείγμα 200 ατόμων, τα οποία συλλέχθηκαν από διάφορες ηλικιακές, επαγγελματικές και κοινωνικο-οικονομικές κατηγορίες. Τα αποτελέσματα βασίστηκαν στην καταγραφή της υποκειμενικής εκτίμησης της ποιότητας ζωής.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, παρατηρήθηκε κατά μέσο όρο μια ελάχιστη διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Οι ποιότητα ζωής των ανδρών φαίνεται να είναι κάπως καλύτερη από εκείνη των γυναικών. Ο λόγος ίσως να οφείλεται στην αυξανόμενη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας. Επίσης βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής μειωνόταν με την ηλικία. Η μεγαλύτερη μείωση παρατηρήθηκε στην κινητικότητα, στην ακοή και στην γενικότερη φυσική κατάσταση του ατόμου. Επίσης παρουσιάστηκε θετική συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και επιπέδου εκπαίδευσης.

3.6. Ποιότητα ζωής και χρόνια ασθένεια

Η μεγαλύτερη πρόκληση για έναν ασθενή είναι να μάθει να «ζει» με την ασθένεια του, τις απαιτήσεις της θεραπείας, την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξη της και τις ενδεχόμενες επιπλοκές . Σε όλες τις φάσεις μιας χρόνιας ασθένειας σημαντικό είναι το ζήτημα της ποιότητας ζωής, καθώς στόχος όλων των παρεμβάσεων είναι όχι μόνο η εξασφάλιση περισσότερου χρόνου επιβίωσης , αλλά η εξασφάλιση ενός «φυσιολογικού» ρυθμού και «ποιότητας ζωής». Η ποιότητα ζωής εξαρτάται από τις στρατηγικές που θα ενεργοποιήσει το άτομο για να αντεπεξέλθει στις προκλήσεις που προβάλλει η χρόνια αρρώστια . Οι στρατηγικές αυτές είναι αποτελεσματικές όταν προωθούν τη λειτουργία του αρρώστου σε βασικές ρόλους της καθημερινής του ζωής και όταν μειώνουν το άγχος και τη δυσφορία του. (Παπαδάτου Δ,1995; Βαλλάση,2001).

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η ανάπτυξη προηγμένων τεχνολογιών στην υγειονομική περίθαλψη και τις θεραπείες σημαίνει ότι οι άνθρωποι σήμερα ζουν υπό όρους χρόνιας περίθαλψης για εκτεταμένο χρονικό διάστημα στη ζωή τους. Η ποιότητα ζωής έχει καταστεί ένας σημαντικός στόχος στη θεραπεία και ένας δείκτης επιτυχίας στις υγειονομικές παρεμβάσεις γενικά στις χρόνιες ασθένειες. Σε πολλές διαταραχές όπως στην οστεοαρθρίτιδα για παράδειγμα, οι υγειονομικές παρεμβάσεις έχουν μικρή επίδραση στις στατιστικές θνησιμότητας αλλά μπορούν να επιδράσουν αποφασιστικά στη μείωση της αναπηρίας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.(McGee, 2001).

Σε κάθε χρόνο νόσημα η ποιότητα ζωής εξαρτάται από την ιδιαιτερότητα της νόσου και τις θεραπείες. Οι ασθενείς του τεχνητού νεφρού, είναι παραδείγματα ασθενών με καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ίδιους πριν από περίπου είκοσι χρόνια και αυτό λόγω της εξέλιξης της τεχνολογίας και των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Όσες προσπάθειες και να γίνουν όμως η χρόνια ασθένεια δεν εξαλείφεται και για αυτό στόχος όλων των παρεμβάσεων είναι να επιδιωχτεί η εξασφάλιση μιας «φυσιολογικής ζωής και ποιότητα ζωής».(Σαρρής,2001). Παρακάτω θα γίνει αναφορά σε κάποιες χρόνιες ασθένειες και στον αντίκτυπο που έχουν στην ποιότητα ζωής των ασθενών .

3.6.1. Ποιότητα ζωής ασθενών με αρθρίτιδα:

Η αρθρίτιδα είναι μια χρόνια πάθηση η οποία δε θεωρείται απειλητική της ζωής του αρρώστου αλλά εντούτοις επηρεάζει έντονα την καθημερινή ζωή και την ευεξία. Οι συνηθέστερες μορφές αρθρίτιδας είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η οστεοαρθρίτιδα. Οι ασθενείς που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα αναφέρουν συχνά απώλεια ενέργειας και βάρους, αϋπνίες, πρήξιμο στις αρθρώσεις, δυσκολίες στην κίνηση και έντονους πόνους. Οι επιπτώσεις της αρθρίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών εκδηλώνονται ως προς την σωματική και ψυχο-κοινωνική τους λειτουργικότητα. Στην σωματική λειτουργικότητα αναπτύσσονται περιορισμοί στην αυτοεξυπηρέτηση των ασθενών (π.χ. σωματική υγιεινή, ντύσιμο, προετοιμασία φαγητού κ.α. καθώς ο έντονος πόνος καθιστά αδύνατες αυτές τις λειτουργίες και με την πάροδο του χρόνου οδηγεί σε καταστάσεις ανικανότητας. Στην ψυχο-κοινωνική λειτουργικότητα αναπτύσσονται συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης, μείωση της αυτοεκτίμησης, σεξουαλικά προβλήματα κτλ. (Σαρρής, 2001; Taylor, 1999).

Ο Kothe και οι συνεργάτες του (2006) πραγματοποίησαν μια έρευνα που είχε σαν στόχο να εξετάσει την επίδραση που έχει ο πόνος χαμηλά στην πλάτη στην λειτουργική ικανότητα, στην καταθλιπτική διάθεση και στην ποιότητα ζωής στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Σύγκριναν ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα που χαρακτηρίζονταν από πόνο και ασθενείς χωρίς πόνο. Οι 281 ασθενείς καλούνταν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια που αφορούσαν την ασθένεια τους και την εμπειρία πόνου και που μετρούσαν την λειτουργική ικανότητα, την καταθλιπτική διάθεση και την ποιότητα ζωής τους. Το ποσοστό πόνου χαμηλά στην πλάτη στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα ανερχόταν στο 53.4%. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ασθενείς με αρθρίτιδα και πόνο χαμηλά στην πλάτη παρουσίαζαν αυξημένη λειτουργική ανικανότητα και αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν πόνο. Η καταθλιπτική διάθεση και η οποιαδήποτε σωματική ανικανότητα επιφέρει σημαντική επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με αρθρίτιδα χαρακτηριζόμενη από πόνο. (Kothe et al, 2006). Σε μια άλλη παρόμοια έρευνα βρέθηκε πάλι ότι όσοι ασθενείς βίωναν πόνο παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα σωματική λειτουργικότητας γεγονός που επηρέαζε την ψυχική τους κατάσταση και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να έχουν χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. (Bardak et al, 2006).

3.6.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με διαβήτη:

Ο διαβήτης είναι μια χρόνια ασθένεια, η οποία χαρακτηρίζεται από την αδυναμία του οργανισμού να παράγει ή να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά την ινσουλίνη. Χωρίζεται σε τρεις τύπους: α) τον ινσουλοεξαρτώμενο διαβήτη ή διαβήτη τύπου 1, β) τον μη-ινσουλοεξαρτώμενο διαβήτη ή διαβήτη τύπου II και γ) τον διαβήτη της κύησης ο οποίος εμφανίζεται στο 2-5% όλων των κυήσεων, αλλά εξαφανίζεται μετά την λήξη τους. (Καραδήμας, 2005). Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την διερεύνηση και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε διαβητικούς ασθενείς. Σύμφωνα με μια βιβλιογραφική ανασκόπηση την περίοδο 1980-2002 βρέθηκαν 60 ειδικές κλίμακες, που αναφέρονται γενικά στην ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (Παπαθανασίου et al, 2005).

Ο διαβήτης τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά χαρακτηρίζεται από καθημερινές απαιτήσεις. Χρειάζεται αυτοέλεγχος και καθημερινή διαχείριση προκειμένου να αποφευχθούν οι συνέπειες της υπογλυκαιμίας και οι διάφορες επιπλοκές που σχετίζονται με αυτήν. (Chamberlain, 2001). Σε πολλές έρευνες βρέθηκε ότι ασθενείς που παρουσίαζαν συχνές υπογλυκαιμίες, ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό δυσθυμία σε όλο το 24ωρο, εκνευρισμό και μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία τους. Όσον αφορά τα παιδιά με διαβήτη η αίσθηση για το κατά πόσο μπορούν να ανταποκριθούν στις αυξημένες απαιτήσεις για την επίτευξη καλής ρύθμισης, είναι καθοριστικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής τους. Επιβάρυνση στους δείκτες της ποιότητας ζωής παρατηρείται σε νέους που έχουν την αίσθηση ότι η φροντίδα του διαβήτη τους είναι κάτι ιδιαίτερα δύσκολο και αγχογόνο για αυτούς. Τα παιδιά που νιώθουν αδύναμα να ανταποκριθούν, υιοθετούν στάση αποφυγής των δυσκολιών και άρνησης αντιμετώπισης προβλημάτων και σε άλλα θέματα στη μετέπειτα ζωή τους (Mandrup, 1998).

Για αυτό το λόγο ο διαβήτης έχει ένα ουσιαστικό αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή. Η πρόσφατη εξέλιξη της τεχνολογίας στην ιατρική, όπως οι αντλίες ινσουλίνης ή οι πέννες χορήγησης ινσουλίνης, έχουν συνδεθεί με καλύτερα αποτελέσματα ποιότητας ζωής. Το κίνητρο για τη δημιουργία της εισπνεόμενης ινσουλίνης π.χ. είναι κατά κύριο λόγο η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με διαβήτη. (Chamberlain, 2001).

Αξιοσημείωτη είναι η ερευνητική προσπάθεια της Brod (1998) όσον αφορά την αξιολόγηση ποιότητας ζωής σε διαβητικούς οι οποίοι έχουν έλκη-πληγές στα πόδια. Οι

πληγές στα πόδια είναι μια από τις σημαντικότερες σοβαρές επιπλοκές του διαβήτη. Περίπου το 15% των διαβητικών αναπτύσσουν πληγές στα πόδια οι οποίες αποτελούν την αιτία για πιθανό ακρωτηριασμό. Στη παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 14 άτομα, με μέσο όρο ηλικίας 57 χρονών. Αξιολογήθηκαν όλες οι πτυχές που αποτελούν την ποιότητα ζωής.(κοινωνικός ,ψυχολογικός, σωματικός και οικονομικός τομέας) και βρέθηκε ότι οι ασθενείς είχαν σε όλα τα επίπεδα πολύ χαμηλή ποιότητα ζωής. Ο λόγος ήταν η περιορισμένη κινητικότητα τους εξαιτίας των πληγών όπου απαιτούσε από τους ασθενείς να προσαρμοστούν σε ένα διαφορετικό τρόπο ζωής. Η μείωση των κοινωνικών δραστηριοτήτων τους, οι αυξημένες εντάσεις στην οικογένεια, η πρόωρη συνταξιοδότηση, οι ανησυχίες, η εξάντληση και η κόπωση λόγω αϋπνιών και γενικά κατάσταση της υγείας τους είχε αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους.

3.6.3. Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο:

Ο καρκίνος , ως γνωστόν, αποτελεί μια από τις πλέον συχνά εκδηλωμένες νόσους. Οι επιδράσεις του καρκίνου στην ποιότητα ζωής των ασθενών εξαρτώνται από δύο κύριους παράγοντες: α) τον τύπο της αρρώστιας , το στάδιο που διαγιγνώσκετε, την θεραπεία που ακολουθείται καθώς και την εξέλιξη της νόσου, και β) τα στοιχεία της προσωπικότητας του αρρώστου καθώς και την ικανότητα προσαρμογής στην ασθένεια.(Σαρρή,2001).

Έχει αποδειχτεί ότι οι «θεραπευτικές» παρεμβάσεις μπορεί να βελτιώνουν μεν το προσδόκιμο ζωής ενός αρρώστου με καρκίνου ,αλλά δημιουργούν μεγάλο κόστος στην ποιότητα ζωής του . Οι χειρουργικές επεμβάσεις όπως αναφέραμε και πιο πάνω επιφέρουν συνήθως μείωση της εικόνας του σώματος και της αυτο-εκτίμησης καθώς και απόρριψη.(Hasenbring, 2001).

Εκτιμάται ότι το 75% των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία υποφέρουν από ναυτία και εμετούς (Morrow, 1992), ενώ το 70% των ασθενών υποφέρει από έντονους πόνους. Έχει διαπιστωθεί ότι όσοι ασθενείς βιώνουν εκτεταμένο και διαδεδομένο πόνο σε όλο τους το σώμα, έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς που βιώνουν περιφερικό, τοπικό πόνο.(Borsbo et al,2006). Ένα άλλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο, είναι το θέμα της κούρασης. Σε ένα δείγμα 419 ασθενών που λάμβαναν χημειοθεραπεία και ακτινοβολία ,το 76% παρουσίαζε

έντονη κούραση και εξασθένιση στην σωματική τους λειτουργία, με αποτέλεσμα αυτό να οδηγεί σε απώλεια ελέγχου, σε απόγνωση, θλίψη και απογοήτευση και σε μείωση των κοινωνικών επαφών. (Curt ,2000). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και μια άλλη έρευνα που αφορούσε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Βρέθηκε ότι οι συμμετέχουσες μετά από χημειοθεραπεία ένιωθαν έντονη κούραση , γεγονός που μείωνε την ποιότητα ζωής τους.(Mills et al,2005).

Ασθενείς με καρκίνο επίσης παρουσιάζουν μετά από θεραπείες σεξουαλικά προβλήματα. Το 33% των γυναικών παύει να έρχεται σε σεξουαλική συμπεριφορά και κυριαρχούνται από αισθήματα ντροπής και ανησυχίας . Σε μία έρευνα όπου συμμετείχαν 407 ασθενείς μετά από μεταμόσχευση μυελού των οστών, βρέθηκαν σεξουαλικά προβλήματα στο 29% των ανδρών και στο 80% των γυναικών.(Syrjala et al, 1998).

Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν οι ασθενείς ψυχο-κοινωνικά προβλήματα. Η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν τις πλέον κοινότητες εκδηλώσεις των ψυχο-κοινωνικών διαταραχών και μειώνουν την ποιότητα ζωής του αρρώστου με καρκίνο. Στα συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνεται η μελαγχολία, το χαμηλό επίπεδο αυτο-εκτίμησης, οι τάσεις αυτοκτονίας, η μειωμένη μνήμη και συγκέντρωση προσοχής κτλ.(Weert et al, 2005).

Όσον αφορά τους ασθενείς με καρκίνο, εφαρμόζονται πολλά παρεμβατικά προγράμματα που έχουν σαν στόχο να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Σε μία έρευνα ασθενείς με διαφορετικές διαγνώσεις καρκίνου ,με σωματικά και ψυχο-κοινωνικά προβλήματα τοποθετήθηκαν σε ένα πολυπαραγοντικό –αποκαταστατικό πρόγραμμα που είχε σαν στόχο να υπερνικήσει τα προβλήματα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Το πρόγραμμα αυτό διήρκησε 15 βδομάδες και περιλάμβανε ατομικές ασκήσεις, ψυχο-εκπαίδευση και πληροφόρηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική βελτίωση στην ικανότητα άσκησης, στην δύναμη των μυών και γενικά βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής τους.(Weert et al, 2005). Επίσης μια έρευνα έδειξε ότι ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου, οι οποίοι λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι έχουν σημαντικά λιγότερα σοβαρά συμπτώματα και ανησυχίες, χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και καλύτερη σωματική υγεία και ποιότητα ζωής σε σχέση με άτομα που λαμβάνουν την φροντίδα στο νοσοκομείο. Επίσης αναφέρουν ότι έχουν μεγάλο έλεγχο στις επιπτώσεις της ασθένειάς τους.(Louise, 2006).

3.6.4. Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα:

Στις καρδιαγγειακές παθήσεις εντάσσονται οι παθήσεις της καρδιάς, των αιμοφόρων αγγείων και της κυκλοφορίας του αίματος και μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις τύπους: τις στεφανιαίες νόσους στις οποίες περιλαμβάνεται η στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και οι κοιλιακές αρρυθμίες, τις διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων και την καρδιομυοπάθεια.(Καραδήμας, 2005 ; DiMatteo & Martin , 2006).

Αρκετοί ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου αντιμετωπίζουν ψυχολογικές διαταραχές και συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Μάλιστα σε μια πρόσφατη αναθεώρηση ερευνών αποκαλύφθηκε ο σοβαρός αντίκτυπος της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής ασθενών με στεφανιαία αρτηρία.(Stafford et al,2007). Το έμφραγμα μυοκαρδίου, δημιουργεί διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην οικογένεια και στην κοινωνική ζωή του αρρώστου, όπως για παράδειγμα αδυναμία άσκησης κοινωνικών δραστηριοτήτων και ρόλων και έκπτωση της κοινωνικής ζωής. Η μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας και η ανάπτυξη οικογενειακών εντάσεων και συγκρούσεων έχει ως αποτέλεσμα στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Τα συνήθη θεραπευτικά μέτρα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι η φαρμακευτική αγωγή και η χειρουργική επέμβαση. Και στις δύο περιπτώσεις όμως παρατηρούνται παρενέργειες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του αρρώστου. Από την μία πλευρά ο έλεγχος του πόνου επηρεάζει θετικά την ποιότητα ζωής του αρρώστου, από την άλλη όμως , οι παρενέργειες που προκαλούν τα φάρμακα αυτά όπως για παράδειγμα η κόπωση, διαταραχές στον ύπνο, πονοκέφαλοι κτλ επηρεάζουν αρνητικά της ποιότητα της ζωής του. (Fauerbach et al, 2005 ; Σαρρής, 2001).

Ποσοστό περίπου 30% των Αμερικανών πάσχουν από υπέρταση ,η οποία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση είτε αγγειακού-εγκεφαλικού επεισοδίου είτε εμφράγματος.(Taylor, 1999) .Η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν οι ασθενείς με υπέρταση μερικές φορές οδηγεί σε παρενέργειες όπως ζαλάδες, πονοκέφαλοι, κόπωση, αδυναμία οι οποίες περιορίζουν την ποιότητα ζωής ενός υπερτασικού ατόμου. Σε αντίθεση με τη γνώμη των θεραπευόντων ιατρών για την αποτελεσματικότητα της αντι-υπερτασικής αγωγής, οι περισσότεροι άρρωστοι αισθάνονται επιδείνωση της ποιότητας ζωής τους, μείωση της ικανότητας μνήμης και μάθησης και μείωση της ψυχολογικής

τους ευεξίας. Περισσότερο συχνά συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης εκδηλώνουν οι μεσήλικες σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία , όπως και οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, ανεξάρτητα από την ηλικία.(Σαρρής, 2001; DiMatteo & Martin , 2006)

Σε μια έρευνα με ασθενείς που είχαν καρδιακή ανεπάρκεια, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με τους άνδρες και συγκεκριμένα είχαν δυσκολίες με δραστηριότητες της καθημερινής της ζωής όπως να ανεβοκατεβαίνουν τις σκάλες και δυσκολίες στην κοινωνική τους ζωή . Επίσης οι γυναίκες είχαν χαμηλή βαθμολογία στην μακρά διάρκεια ζωής τους και στην σωματική λειτουργικότητα σε σχέση με τους άντρες.(Riedinger et al, 2001).

Έχει διαπιστωθεί ότι οι κοινωνική υποστήριξη βοηθάει στην βελτίωση του χαμηλού επιπέδου ποιότητας ζωής σε ασθενείς που πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις, καθώς μπορεί να απαλύνει συμπτώματα όπως ή κόπωση ή η γνωστική ανικανότητα.(Bennett et al, 2001).

4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

4.1. Ορισμός:

Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στην προσφερόμενη βοήθεια, σεβασμό ή φροντίδα, που το άτομο αντιλαμβάνεται πως λαμβάνει από διάφορες πηγές. Τέτοιες πηγές μπορεί να είναι οικογένεια, οι φίλοι, οι γείτονες, οι ειδικοί ψυχικής και σωματικής υγείας κτλ. Σημαντικός είναι ο διαχωρισμός της κοινωνικής υποστήριξης από το κοινωνικό δίκτυο. Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στην ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων ενώ το κοινωνικό δίκτυο αναφέρεται στην συχνότητα των διαπροσωπικών επαφών. (Καραδήμας, 2005; Clasgow et al, 2000; Sanderson, 2004).

4.2. Είδη κοινωνικής υποστήριξης:

Συναισθηματική Υποστήριξη: Αναφέρετε στη έκφραση ενδιαφέροντος και εμπάθειας προς ένα άτομο όπως επίσης και στην παροχή ανακούφισης, αγάπης και παρηγοριάς. Τα περισσότερα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια στρεσογόνα γεγονότα ζωής έχουν ανάγκη από μια τέτοια υποστήριξη και μάλιστα σε έρευνες με ασθενείς με καρκίνο, διαπιστώθηκε ότι η συναισθηματική υποστήριξη θεωρείται ως το πιο πολύτιμο είδος υποστήριξης. (Sanderson, 2004; Schaefer et al, 1981; Ritchie, 2001 όπως αναφέρετε από Decker, 2007). Η συναισθηματική υποστήριξη μπορεί να χωριστεί στην συναισθηματική/ πληροφοριακή υποστήριξη(π.χ ακρόαση και παροχή συμβουλών) και στην συναισθηματική υποστήριξη με έκφραση τρυφερότητας(π.χ αγκάλιασμα ή κράτημα χεριού). (Sherboune et al, 1991).

Θετική κοινωνική αλληλεπίδραση: Πολλά άτομα έχουν ανάγκη να έχουν δίπλα τους άτομα με τα οποία να εμπλέκονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Αυτό το είδος υποστήριξης είναι σημαντικό στην ευεξία και όσα άτομα δεν το έχουν εμφανίζουν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα. (Cutrona et al, 1990 όπως αναφέρετε από Sanderson, 2004; Sherboune et al, 1991).

Υλική ή Χειροπιαστή Υποστήριξη: Αυτή η υποστήριξη μπορεί να περιλαμβάνει κάποια βοήθεια στα ψώνια ή μεταφορά των παιδιών στο σχολείο, οικονομική βοήθεια κ.α. (Sanderson, 2004; Sherboune et al, 1991; Olstad et al, 2001 pg:584).

Υποστήριξη με στόχο την εκτίμηση και επιβεβαίωση της αξίας του εαυτού: Αυτό το είδος υποστήριξης δίνει στα άτομα μια ανατροφοδότηση και ότι αξίζουν την εκτίμηση και το σεβασμό από τους άλλους. Σε μια έρευνα με ασθενείς που ανάρρωναν μετά από μια εγχείριση καρδιάς βρέθηκε ότι όσοι ασθενείς πίστευαν ότι λαμβάνουν εκτίμηση και σεβασμό από τις συζύγους τους είχαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας και ήταν λιγότερο πιθανόν να βιώσουν διάσπαση της καθημερινής τους ζωής(όπως προβλήματα κοινωνικής αλληλεπίδρασης, ψυχαγωγικές δραστηριότητες, προβλήματα ύπνου κτλ) .(King et al, 1993).

4.3. Κοινωνική υποστήριξη στα δύο φύλα:

Έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχουν κάποιες διαφορές ως προς την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν τα δύο φύλα. Συγκεκριμένα έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες λαμβάνουν περισσότερη υποστήριξη από τους άνδρες. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι οι γυναίκες έχουν ένα ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο με πολλά άτομα τα οποία μπορούν να εμπιστευτούν. Οι γυναίκες όχι μόνο δίνουν και παίρνουν κοινωνική υποστήριξη αλλά επίσης επωφελούνται ως προς την ψυχολογική και σωματική τους κατάσταση. Γυναίκες με λιγότερη υποστήριξη έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Επίσης οι γυναίκες επωφελούνται περισσότερο ως προς το προσδόκιμο ζωής τους όταν έχουν ένα ευρύ κοινωνικό δίκτυο. Μια έρευνα έδειξε ότι όσες γυναίκες είχαν ένα χαμηλό κοινωνικό δίκτυο είχαν ποσοστό θνησιμότητας 2.8 μεγαλύτερο σε σύγκριση με αυτές που είχαν μεγάλο κοινωνικό δίκτυο, ενώ οι άνδρες με λιγότερη κοινωνική υποστήριξη είχαν ποσοστό θνησιμότητας 2.3 μεγαλύτερο σε σχέση με αυτούς που διέθεταν ένα πιο μεγάλο κοινωνικό δίκτυο.(Sanderson, 2004).

Σημαντικό αποτελεί το γεγονός ότι οι άνδρες επωφελούνται περισσότερο από το γάμο και ένας πιθανός θάνατος της συζύγου δημιουργεί σοβαρά προβλήματα υγείας στους άνδρες. Οι γυναίκες από την άλλη διαπιστώθηκε ότι δεν βιώνουν τα ίδια προβλήματα και αυτό ίσως οφείλεται στο ότι οι γυναίκες έχουν ένα ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο στο οποίο μπορούν να στηριχτούν και να αντλήσουν συναισθηματική υποστήριξη από τα παιδιά τους και από διάφορους φίλους. Οι άνδρες από την άλλη συνήθως αντλούν συναισθηματική υποστήριξη μόνο από τις συντρόφους τους.(Sanderson, 2004; Straub, 2002).

4.4. Κοινωνική υποστήριξη-υγεία- ασθένεια

Οι έρευνες που αναφέρονται στο ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης για την υγεία είναι πολλές. Έχει εκτιμηθεί από πολλούς ερευνητές ότι υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης σχετίζονται με μια ποικιλία θετικών αποτελεσμάτων υγείας , περιλαμβανομένων της ψυχολογικής και σωματικής ευεξίας, της γρήγορης ανάρρωσης από χρόνιες ασθένειες και την μείωση της θνησιμότητας που θεωρείται από πολλούς το σπουδαιότερο πράγμα.(Strobe et al,1996 όπως αναφέρετε από Sanderson,2004; Straub,2002; Taylor, 1999;Kaplan et al,1993).

Οι χρόνιοι ασθενείς όπως είναι γνωστό έρχονται αντιμέτωποι με τις σωματικές και συναισθηματικές συνέπειες της ασθένειας, που ακόμα και οι πιο χαρούμενοι άνθρωποι είναι πιθανόν να εκδηλώσουν κατάθλιψη. Βεβαίως, το εύρος των μεταβολών που υφίσταται η προσωπικότητα ενός ατόμου εξαρτάται από τις συνθήκες της ασθένειας του, την εμπειρία του από την θεραπεία, τη συναισθηματική προσαρμοστικότητα του και από ένα πλήθος άλλων παραγόντων στους οποίους περιλαμβάνεται και η διαθέσιμη κοινωνική υποστήριξη. Η κοινωνική υποστήριξη θεωρείται μια σημαντική διέξοδος για τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και οι ασθενείς που δέχονται κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους και από τον ευρύτερο οικογενειακό κύκλο τείνουν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα την ασθένεια τους σε σύγκριση με όσους δεν λαμβάνουν τέτοιου είδους βοήθεια. (DiMatteo & Martin , 2006).

Σύμφωνα με τους Cohen και Wiils η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην υγεία ασκείται άμεσα και έμμεσα. Στην πρώτη περίπτωση η επίδραση ασκείται άσχετα από τις συνθήκες και τις καταστάσεις. Η οικογένεια, οι φίλοι και οι συγγενείς παρέχουν στο άτομο υψηλά επίπεδα ενίσχυσης και του αναγνωρίζουν ρόλους, οι οποίοι συντελούν σε μια αίσθηση σταθερότητας, ελέγχου και ευεξίας. Όσον αφορά την έμμεση επίδραση η κοινωνική υποστήριξη προστατεύει το άτομο από διάφορα στρεσογόνα γεγονότα. Αυτό μπορεί να γίνει είτε με την επίδραση της υποστήριξης στην διαδικασία της γνωστικής αξιολόγησης (π.χ δίνει στο άτομο αίσθηση σιγουριάς και επάρκειας) είτε με το να βοηθήσει το άτομο μέσω της υλικής και συναισθηματικής υποστήριξης των άλλων.(Καραδήμας,2005).

Διάφοροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι υπάρχουν κάποιοι φυσιολογικοί μηχανισμοί-οδοί που συνδέουν την κοινωνική υποστήριξη με την σωματική υγεία και συγκεκριμένα αναφέρονται στην επίδραση που έχει η κοινωνική υποστήριξη στην καρδιαγγειακή, νευρο-ενδοκρινική και ανοσοποιητική λειτουργία. Όσον αφορά την καρδιαγγειακή λειτουργία έχει διαπιστωθεί ότι η κοινωνική υποστήριξη βοηθάει τα άτομα που βρίσκονται κάτω από έντονο στρες να διατηρούν χαμηλή την αρτηριακή τους πίεση. Για αυτό το λόγο η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στους ασθενείς με καρδιακά προβλήματα οι οποίοι βιώνουν έντονο στρες. Όσον αφορά την νευρο-ενδοκρινική λειτουργία, η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με μείωση των επιπέδων κορτιζόλης και επιπρόσθετα βοηθά σε καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.(Uchino, 2006).

Η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης εξαρτάται πάντα από πολλούς παράγοντες όπως ο τύπος της υποστήριξης που προσφέρεται, η πηγή και η ένταση του προβλήματος, ο βαθμός της υποστήριξης κτλ.(Rhodes, 2004 όπως αναφέρετε από Καραδήμα,2005).

4.4.1 Ψυχολογική ευεξία:

Κατά την διάρκεια της πορείας μιας σοβαρής ασθένειας, η ύπαρξη ενός συντρόφου και άλλων στενών διαπροσωπικών σχέσεων σχετίζεται με την εκδήλωση χαμηλότερου επιπέδου κατάθλιψης. Συγκεκριμένα ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια και οι οποίοι λάμβαναν χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικών συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους σε σχέση με ασθενείς που λάμβαναν μεγάλη κοινωνική υποστήριξη.(Christensen et al, 1989). Επίσης ασθενείς με καρκίνο που έχουν σωματική δυσλειτουργία και εξασθένηση και οι οποίοι δεν λαμβάνουν την απαραίτητη υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους τους βιώνουν χαμηλή αυτό-εκτίμηση και δεν έχουν την ικανότητα να ασκήσουν έλεγχο στην ασθένεια τους.(Norton et al, 2005). Μια άλλη έρευνα επίσης έδειξε ότι ασθενείς με AIDS οι οποίοι είχαν ένα μεγάλο κοινωνικό δίκτυο βίωναν λιγότερα επίπεδα κατάθλιψης και απελπισίας σε σχέση με ασθενείς με χαμηλό υποστηρικτικό δίκτυο.(Spiegel, 1996 όπως αναφέρετε από Straub,2002).

Ο καρκίνος στα παιδιά δημιουργεί επίσης πολλά ψυχολογικά προβλήματα. Η κοινωνική υποστήριξη όμως από την οικογένεια έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά αυτά να αναφέρουν λιγότερα παράπονα υγείας, έχουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, αυξημένη αισιοδοξία και αυτό-εκτίμηση, λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς και γενικά καλύτερη ρύθμιση της ασθένειάς τους. Μάλιστα μια πρόσφατη έρευνα έχει δείξει ότι οι έφηβοι με καρκίνο είναι γενικά ικανοποιημένοι από την υποστήριξη που τους παρέχει η οικογένεια τους αλλά φαίνονται λιγότερο ικανοποιημένοι από την υποστήριξη των φίλων τους.(Decker, 2007). Έχει βρεθεί ότι οι φίλοι των εφήβων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες παρέχουν σημαντικά μεγαλύτερη συντροφική υποστήριξη από ότι η οικογένεια, ενώ τόσο οι φίλοι όσο και η οικογένεια παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη.(La Greca, 1992).

Όσοι γονείς συμμετέχουν ενεργά και παρέχουν υποστήριξη στα παιδιά τους κατά την διάρκεια διάφορων θεραπειών, τους βοηθάνε να μειώσουν το άγχος και τους πιθανούς φόβους τους. Για παράδειγμα παιδιά που πάσχουν από ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη και που λαμβάνουν την απαραίτητη βοήθεια από τους γονείς τους(έλεγχος γλυκόζης στο αίμα) αποκτούν περισσότερο έλεγχο στην ασθένειά τους.(Andersen et al,1997).

4.4.2 Σωματική ευεξία:

Η κοινωνική υποστήριξη εκτός του ότι βοηθάει τα άτομα να αντιμετωπίσουν τα ψυχολογικά προβλήματα τους, μπορεί επίσης να τους βοηθήσει και στην γενικότερη σωματική τους κατάσταση. Οι έγκυες γυναίκες για παράδειγμα που έχουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης βιώνουν πολλές ωφέλειες όπως λιγότερες επιπλοκές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, γεννούν υγιέστατα παιδιά και έχουν χαμηλότερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι έγκυες γυναίκες με υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, ενθαρρύνονται σε υγιείς συμπεριφορές, λαμβάνουν βοήθεια στις οικιακές δουλειές και λαμβάνουν την απαραίτητη συναισθηματική υποστήριξη.(DiMatteo & Martin, 2006).

Κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται με έναρξη ασθενειών(κυρίως με τις καρδιαγγειακές) όσο και με την πορεία τους. Ο κίνδυνος για καρδιαγγειακές παθήσεις είναι μεγαλύτερος για όσους έχουν χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης. Βέβαια δεν συμφωνούν όλοι οι ερευνητές με αυτήν την

άποψη και δεν υπάρχουν επαρκώς τεκμηριωμένα στοιχεία γιατί σύμφωνα με αυτούς εμπλέκονται και άλλες μεταβλητές όπως για παράδειγμα κάποιες ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως κάπνισμα, παχυσαρκία, κακή διατροφή, έλλειψη άσκησης κτλ.(Sanderson, 2004).

4.4.3 Γρήγορη ανάρρωση από ασθένειες:

Έχει διαπιστωθεί ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με γρήγορη ανάρρωση από διάφορες ασθένειες όπως καρδιαγγειακά προβλήματα, νεφρική ανεπάρκεια, καρκίνο, διαβήτη κτλ. Μάλιστα σε μια πρόσφατη ανασκόπηση διαχρονικών μελετών με αντικείμενο τις κοινωνικές σχέσεις και την ανάκαμψη της υγείας των ασθενών από καρδιακά νοσήματα και το καρκίνο του μαστού διαπιστώθηκε ότι , σε μακροπρόθεσμο επίπεδο, η κατάσταση όσων διέθεταν ένα καλής ποιότητας δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης είχε καλύτερη εξέλιξη. Αυτό το εύρημα ίσχυε κυρίως στην περίπτωση των ατόμων που έπασχαν από καρδιακά νοσήματα.(Reifman, 1995;Camic et al,1998).

4.4.4 Μείωση ποσοστών θνησιμότητας:

Η μείωση της θνησιμότητας έχει βρεθεί επίσης ότι σχετίζεται με την κοινωνική υποστήριξη.(Uchino,2006) .Σε μια έρευνα με ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα , διαπιστώθηκε ότι όσοι είχαν αυξημένο κοινωνικό δίκτυο είχαν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας.(Williams,Barefoot et al,1992 όπως αναφέρετε από Sanderson,2004). Επίσης βρέθηκε ότι όσοι ασθενείς με καρκίνο έχουν λιγότερη επικοινωνία και επαφή με άλλα οικεία άτομα βρίσκονται 2 φορές περισσότερο σε κίνδυνο να πεθάνουν κατά την διάρκεια μιας περιόδου 17 χρονών σε σχέση με αυτούς που έχουν αυξημένη κοινωνική υποστήριξη.(Spiegel, 1996 όπως αναφέρετε από Straub, 2002; Pinqart et al,2006). Η αυξημένη κοινωνική υποστήριξη σε ασθενείς με καρκίνο φαίνεται ακόμα ότι επηρεάζει την επιβίωση τους αφού συντελεί στην καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, βελτιώνεται η νευροενδοκρινική λειτουργία και αυξάνεται η συμμόρφωση όσον αφορά τις ιατρικές θεραπείες(Pinqart et al,2006).

4.5. Χρόνια ασθένεια και δυσλειτουργικές κοινωνικές σχέσεις.

4.5.1 Περιορισμός κοινωνικής αλληλεπίδρασης:

Όπως αναφέραμε και πιο πάνω η χρόνια ασθένεια επιφέρει συχνά σοβαρές επιπτώσεις σε κοινωνικό επίπεδο. Οι πρακτικοί περιορισμοί μιας σωματικής ασθένειας ενδέχεται να καταστήσουν σχεδόν αδύνατη τη διατήρηση των κοινωνικών δεσμών. Οι κοινωνικές επαφές με τους γνωστούς μπορεί να ελαττωθούν σημαντικά, μέχρι του σημείου που ο ασθενής να έχει σπάνια επαφές με οποιοδήποτε άλλον εκτός των μελών της άμεσης οικογένειας του. Για παράδειγμα ένας ασθενής που πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να έχει ελάχιστο χρόνο για κοινωνικές συναναστροφές, λόγω του περίπλοκου προγραμματισμού που απαιτεί η διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Αντίστοιχα, ένας άνθρωπος που υποβάλλεται σε θεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου ενδέχεται να έχει πολύ μικρά αποθέματα ενέργειας για να παρευρεθεί σε κοινωνικές εκδηλώσεις. (DiMatteo et al,2006).Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι το κοινωνικό δίκτυο των ατόμων που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα μειώνεται σημαντικά ένα χρόνο μετά την διάγνωση της ασθένειας.(Fyrand et al, 2002).

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθούμε στο διαχωρισμό που υπάρχει ανάμεσα στην *απομόνωση* που αποτελεί μια αντικειμενική κατάσταση και στην *μοναξιά* που αφορά μια υποκειμενική συναισθηματική κατάσταση. Ένα άτομο που πάσχει από μια χρόνια ασθένεια μπορεί να είναι σχετικά απομονωμένο, να διαθέτει λίγες υποστηρικτικές σχέσεις, αλλά ωστόσο να μην βιώνει μοναξιά. Αντίστοιχα, μπορεί να διαθέτει ένα ευρύ υποστηρικτικό δίκτυο, αλλά παρ' όλα αυτά να νιώθει μόνο, καθώς οι βασικές του ανάγκες δεν καλύπτονται. Η ποιότητα των σχέσεων που καλλιεργεί το άτομο με το περιβάλλον του θα προσδιορίσει και το βαθμό της απομόνωσης και μοναξιάς που ενδεχόμενα βιώνει.(Παπαδάτου et al,1995).

4.5.2 Οικογενειακές σχέσεις:

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι χρόνιες ασθένειες επηρεάζουν ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικογένειες τους θα πρέπει να προσαρμόζονται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες και στρεσογόνες καταστάσεις. Το έντονο στρες που προκαλεί η ασθένεια σε μια οικογένεια είναι δυνατόν να θέσει σε κίνδυνο την συνοχή της. Το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα που αντιμετωπίζει η οικογένεια, είναι ο φόβος μήπως χάσουν ένα προσφιλές πρόσωπο που δίνει νόημα και αξία στην ζωή τους. (Cooper, 1996).

Έχει υποστηριχθεί ότι οι πιέσεις που ασκεί μια βαριά ασθένεια, όπως ο καρκίνος, συνήθως βελτιώνουν σημαντικά ένα σταθερό και ισχυρό γάμο, ενώ τον επιδεινώνουν σε μεγάλο βαθμό όταν είναι ήδη αδύναμος και παρουσιάζει προβλήματα. Παρότι η κρίση που διέρχεται ένα ζευγάρι λόγω ασθένειας δημιουργεί πολλές ευκαιρίες για έντονη συναισθηματική οικειότητα και για έκφραση του ενδιαφέροντος και της αφοσίωσης ενός συντρόφου προς τον άλλο, αποτελεί επίσης μια τεράστια πρόκληση όσον αφορά την διατήρηση της εμπιστοσύνης και της ανοιχτής επικοινωνίας. (DiMatteo et al, 2006).

Η επικοινωνία μέσα στην οικογένεια πολλές φορές χάνεται. Η ασθένεια ενός οικείου προσώπου έχει ως αποτέλεσμα τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να μην εξωτερικεύουν τα συναισθήματα τους είτε επειδή φοβούνται είτε επειδή δεν θέλουν να κάνουν τον ασθενή να νιώθει χειρότερα. Εντούτοις η οικογένεια απαιτείται να έχει ανοικτή επικοινωνία με τον ασθενή προκειμένου να βοηθηθούν τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα και ανάγκες καθώς επίσης και ο ασθενής να λειτουργήσει μέσα από έναν ρόλο όχι παθητικού δέκτη αλλά υπεύθυνου και ενεργητικού. (Cooper, 1996).

Κατά την διάρκεια της πρώιμης ενήλικης ζωής, η χρόνια ασθένεια είναι δυνατόν να θέσει τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις σε σοβαρό κίνδυνο. Μετά την εμφάνιση μιας ασθένειας, ένα νεαρό ζευγάρι ενδεχομένως να χρειαστεί να επαναδιαπραγματευτεί τους όρους της σχέσης του. Ο αρτιμελής σύντροφος μπορεί να αναγκαστεί να επωμισθεί νέα βάρη και νέες ευθύνες που ποτέ δεν είχε φανταστεί όταν πρωτοδεσμεύτηκε. Κάποιες φορές, οι σύντροφοι αποξενώνονται τόσο πολύ ο ένας με τον άλλο που ο τερματισμός της σχέσης και ο οριστικός χωρισμός είναι η μόνη λύση. (DiMatteo et al, 2006; Sanderson, 2004). Η χρόνια ασθένεια δημιουργεί αλλαγές ανάμεσα στους ρόλους και ο

ρόλος που έχει ένα άτομο μέσα στην οικογένεια του, μπορεί να αλλάξει λόγω της ασθένειας. Για παράδειγμα όταν η σύζυγος υποστεί μια σοβαρή ασθένεια και την καταστήσει ανάπηρη, τότε ο σύζυγος έχει χρέος να αναλάβει το ρόλο της και να ασχοληθεί με την ανατροφή των παιδιών του, ένα ρόλο που πιθανώς δεν είχε αναλάβει ποτέ στο παρελθόν. (DiMatteo et al,2006).

Όσον αφορά ασθενείς που έχουν παιδιά, όταν αυτοί απουσιάζουν στο νοσοκομείο ή όταν επιστρέφουν στο σπίτι (ιδιαίτερα εξαντλημένοι από την θεραπεία), τα παιδιά τους μπορεί να νιώσουν παραμελημένα και να βιώσουν ένα αίσθημα απώλειας. Τόσο ο ασθενής όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, πρέπει να διαβεβαιώνουν τα παιδιά ότι η αγάπη τους παραμένει αμείωτη. Ιδίως τα μικρότερα παιδιά, πρέπει να καθησυχάζονται ότι δεν ευθύνονται αυτά για την νόσο. Οι έφηβοι από την άλλη είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στο άγχος. Έχουν τις ίδιες ανησυχίες με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, αλλά την ίδια ανάγκη με τα μικρότερα παιδιά να θέλουν να τους δίνονται διαβεβαιώσεις αγάπης. Παράλληλα, ενδέχεται να φορτώνονται με πρόσθετες ευθύνες του σπιτιού, που κανονικά ανήκουν σε ενήλικους. Αν δεν μπορέσουν να αντέξουν όλα αυτά, ίσως επαναστατήσουν μειώνοντας τις επισκέψεις στο νοσοκομείο, μη εκπληρώνοντας τις υποχρεώσεις του σπιτιού ή αποκτώντας κακές συνήθειες.(Yahav et al, 2005; Pakenham et al,2006; De Judicibus et al, 2004)

Τα αγαπημένα πρόσωπα ενός ασθενούς επιφορτίζονται με πολλά καθήκοντα και αναλαμβάνουν πλήθος υποχρεώσεων για την φροντίδα του ασθενή. Αυτό έχει ως συνέπεια να αισθάνονται πολλές φορές υπερκόπωση, καταπόνηση και δυσφορία . Η συναισθηματική και σωματική εξάντληση, η συνεχής ανησυχία και φροντίδα μπορεί να τους εξουθενώσουν. Ο θυμός και η ενοχή μπορεί να εκδηλωθούν με ξαφνικά ξεσπάσματα, κατηγορίες, αδιαφορία ή υπερπροστατευτική συμπεριφορά. Επίσης είναι δυνατόν να αναδυθούν στην επιφάνεια προβλήματα σχέσεων του παρελθόντος. Τα κοινωνικά συστήματα υγείας και μέριμνας οφείλουν να στηρίζουν αυτούς που φροντίζουν τους άρρωστους συγγενείς τους. Η δημιουργία ομάδων αλληλοβοήθειας με άλλα άτομα που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση, μπορεί να είναι εξαιρετικά χρήσιμη αφού σε τέτοιες ομάδες συζητούνται προσωπικές εμπειρίες και βιώματα, προβλήματα όπως η συμπεριφορά των ασθενών με χρόνια πρόβλημα υγείας, τα αισθήματα

κατάθλιψης που νιώθουν, ο φόβος απώλειας του αγαπημένου προσώπου κτλ. (DiMatteo et al,2006;Kaplan et al,1993).

4.5.3 Ομάδες κοινωνικής υποστήριξης:

Οι ομάδες κοινωνικής υποστήριξης θεωρούνται αποτελεσματικές για άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Περιλαμβάνουν μια ποικιλία διαφορετικών προσεγγίσεων, μερικές από τις οποίες επικεντρώνονται σε συμπεριφορικές πτυχές και συμπτώματα ενώ άλλες επικεντρώνονται στην έκφραση συναισθημάτων. Οι ομάδες αυτές δίνουν την ευκαιρία στους ασθενείς να μοιραστούν συναισθήματα με άλλους που αντιμετωπίζουν την ίδια ασθένεια, να συγκρίνουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης και λύσεις των καθημερινών προβλημάτων και έτσι να παρέχουν υποστήριξη ο ένας στον άλλο. Επίσης συζητούν θέματα που αφορούν σωματικά προβλήματα, σχέσεις με την υπόλοιπη οικογένεια και προσπαθούν να βρουν νόημα στην ζωή τους. Έχει αποδειχτεί ότι μερικοί ασθενείς βρίσκουν πιο αποτελεσματικές τις ομάδες κοινωνικές υποστήριξης από την ίδια τους την οικογένεια γιατί στις ομάδες υπάρχουν άτομα με την ίδια ασθένεια και έτσι γνωρίζουν ακριβώς πως νιώθει ο ασθενής και τι προβλήματα αντιμετωπίζει.

Τα προγράμματα υποστήριξης βοηθούν επίσης τους ασθενείς στην διαχείριση του στρες που βιώνουν και βασίζονται σε γνωστικό-συμπεριφορικές τεχνικές. Μερικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η προοδευτική νευρομυική χαλάρωση ,η καθοδηγούμενη νοερή απεικόνιση και η αυτοενίσχυση. Στα προγράμματα επίσης χρησιμοποιείται και η εργοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία και η ζωγραφική όπου οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματα , τους φόβους και τις ανησυχίες τους.(Joachim, 2003; Sanderson,2004).

5.ΕΡΕΥΝΑ

5.1 Ερευνητικές υποθέσεις:

Πριν αναφερθούμε στην έρευνα που διεξήχθη είναι σημαντικό να διατυπώσουμε κάποιες υποθέσεις με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφία. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει την σχέση μεταξύ του στρες, της σωματικής ποιότητας ζωής, της κοινωνικής υποστήριξης/ κοινωνικές σχέσεις και την αντίληψη για την υγεία που έχουν χρόνια ασθενείς.

Η χρόνια ασθένεια μπορεί να δημιουργήσει ποικίλα σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. Οι ασθενείς μπορούν να χειριστούν την αρρώστια τους αλλά δεν μπορούν να την θεραπεύσουν πλήρως και έτσι βρίσκονται αντιμέτωποι με μια ποικιλία προκλήσεων. Όσον αφορά το έντονο στρες που βιώνουν οι ασθενείς με χρόνια ασθένεια έχει τεκμηριωθεί από πολλούς ερευνητές. Μία σοβαρή ασθένεια σίγουρα επιδρά αρνητικά στο άτομο και συγκεκριμένα του δημιουργεί εξασθένηση και ψυχοσωματική ανικανότητα. Ο πόνος και οι αλλαγές που παρατηρούνται στην εμφάνιση εξαιτίας της χρόνιας ασθένειας δημιουργούν έντονο στρες. Από την άλλη σε όλες τις φάσεις μιας χρόνιας ασθένειας σημαντικό είναι και το ζήτημα της ποιότητας ζωής, καθώς στόχος όλων των παρεμβάσεων είναι όχι μόνο η εξασφάλιση περισσότερου χρόνου επιβίωσης, αλλά η εξασφάλιση ενός «φυσιολογικού» ρυθμού και «ποιότητας ζωής». Στους ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, έχει διαπιστωθεί ότι η ποιότητα ζωής τους βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα καθώς η χρόνια ασθένεια τους εξασθενεί και τους δημιουργεί ποικίλους σωματικούς περιορισμούς. Η κοινωνική υποστήριξη θεωρείται μια σημαντική διέξοδος για τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και ασθενείς που δέχονται κοινωνική υποστήριξη τείνουν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα την ασθένεια τους σε σύγκριση με όσους δεν λαμβάνουν τέτοιου είδους βοήθεια. Εντούτοις όμως παρά τα θετικά αποτελέσματα που επιφέρει η κοινωνική υποστήριξη, η χρόνια ασθένεια από μόνη της επιφέρει συχνά σοβαρές επιπτώσεις σε κοινωνικό επίπεδο. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν έχουν την δυνατότητα να δημιουργήσουν στενές σχέσεις με άλλα άτομα λόγω των σωματικών περιορισμών που επιβάλλει η αρρώστια τους. Επίσης εκτός των κοινωνικών περιορισμών, η χρόνια ασθένεια δημιουργεί προβλήματα και στο οικογενειακό περιβάλλον αφού η οικογένεια του ασθενούς θα πρέπει να προσαρμόζεται

στις στρεσογόνες καταστάσεις και αλλαγές και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται διαταραγμένες στρεσογόνες σχέσεις.

Υποθέτουμε λοιπόν με βάση όλα αυτά ότι οι ασθενείς στην παρούσα έρευνα κατά πάσα πιθανότητα να παρουσιάζουν έντονο στρες, σωματικά προβλήματα με χαμηλή σωματική ποιότητα ζωής και μειωμένη αντίληψη για την υγεία τους. Υποθέτουμε, ότι το έντονο στρες που πιθανό να βιώνουν οι ασθενείς οδηγεί σε χαμηλή σωματική ποιότητα ζωής, δηλαδή σε σωματικά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα να οδηγήσουν το άτομο σε μειωμένες κοινωνικές επαφές και σε διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις. . Οι ασθενείς λόγω όλων αυτών των προβλημάτων υποθέτουμε ότι θα αξιολογούν αρνητικά την υγεία τους .

Μια πιθανή ακόμα υπόθεση με βάση την βιβλιογραφία είναι ότι οι γυναίκες θα έχουν αρνητικά επίπεδα σε όλες τις μεταβλητές .

6.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1 Συμμετέχοντες:

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 75 ενήλικα άτομα , 49 γυναίκες(65,3%) και 26 άνδρες(34,7%) . Τα άτομα αυτά έπασχαν από χρόνιες ασθένειες όπου το μικρότερο ποσοστό είχε πνευμονοπάθειες(1,3%), ρευματοπάθειες(1,3), πίεση(5,3%), γυναικολογικά προβλήματα(1,3), εγκεφαλικά προβλήματα(1,3%), διαβήτη (4,0) κτλ, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό αντιμετώπιζε καρδιαγγειακά νοσήματα (9,3%) και αρθρίτιδες(10,7%).

Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των ασθενών , τα 30 άτομα (40%) ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, τα 22 (29,3%) απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και τα 23 (30,7) είχαν φοιτήσει σε ανώτερες και ανώτατες σχολές.

Οι συμμετέχοντες ασχολούνταν με ποικίλα επαγγέλματα, όπως δημόσιοι υπάλληλοι, δικηγόροι, τραπεζικοί κτλ ενώ οι περισσότερες γυναίκες ασχολούνταν με οικιακά (28,0%) και οι περισσότεροι άνδρες ήταν συνταξιούχοι (8,0%).

Οι ασθενείς που λαμβάνουν μέρος στην έρευνα αναφέρονται και στην οικογενειακή τους κατάσταση. Έτσι , 11 άτομα (14,7%) ήταν άγαμοι, 4 άτομα(5,3%) ήταν διαζευγμένοι, 50 άτομα (66,7%) ήταν έγγαμοι, 9 άτομα (12,0%) ήταν χήροι, και 1 άτομο (1,3) ήταν σε διάσταση.

6.2 Ψυχομετρικά Εργαλεία:

Από τα υποκείμενα που συμμετέχουν στην έρευνα ζητείται να συμπληρώσουν 5 ερωτηματολόγια από τα οποία τα 3 χρησιμοποιήθηκαν τελικά στην παρούσα έρευνα και τα οποία μελετούσαν την *σωματική ποιότητα ζωής*, τις *κοινωνικές σχέσεις* και το *στρες* που βιώνουν οι χρόνια ασθενείς.

Πιο αναλυτικά , το πρώτο ερωτηματολόγιο αποτελεί την κλίμακα Επισκόπησης EQ-5D (EuroQol) . Η Επισκόπηση Υγείας EQ-5D (EuroQol) αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετίας 1980 από Ευρωπαίους ερευνητές και σήμερα αποτελεί ένα από τα περισσότερο διαδεδομένα όργανα που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της ποιότητας ζωής. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από πέντε βασικές διαστάσεις που μετρούν την

ποιότητα ζωής. Πιο συγκεκριμένα τα υποκείμενα καλούνται να αξιολογήσουν την κινητικότητα τους, την αυτοεξυπηρέτηση τους, τις συνήθειες δραστηριότητες(πχ δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου), τον πόνο- δυσφορία και το άγχος- θλίψη που βιώνουν. Κάθε διάσταση αποτελείται από 3 επίπεδα(πχ δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα, έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα και είμαι καθλωμένος/η στο κρεβάτι.) Το κάθε υποκείμενο καλείται να συμπληρώσει το επίπεδο που το αντιπροσωπεύει.(Brooks et al).

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο είναι ένα αυτοσχέδιο και κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Αποτελείται από 19 ερωτήσεις από τις οποίες οι 2 χρησιμοποιήθηκαν τελικά για να αναλυθούν στην παρούσα έρευνα και οι οποίες αφορούσαν τις κοινωνικές σχέσεις των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς καλούνταν να δηλώσουν τον βαθμό στον οποίο πίστευαν ότι οι ερωτήσεις τους αντιπροσώπευαν. Οι απαντήσεις κυμαινότουσαν από μια κλίμακα από το 1 (καθόλου) - 7 (πάρα πολύ) . Τα ερωτήματα τα οποία καλούνταν να απαντήσουν οι ασθενείς ήταν τα εξής: «*Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας απειλεί την σχέση σας με τους οικείους;*» και «*Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας απειλεί γενικώς την κοινωνική σας θέση;*»

Τέλος το τρίτο ερωτηματολόγιο μετρούσε στρεσογόνα γεγονότα. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να αξιολογήσουν το συνολικό στρες το οποίο βίωναν από 8 πιθανούς τομείς της ζωής τους(εργασία- επάγγελμα, σύζυγος/ σύντροφος, οικογένεια- παιδιά, προσωπική υγεία και ευεξία, υγεία και ευεξία προσφιλών προσώπων, κοινωνικές σχέσεις, συνθήκες διαβίωσης και ποιότητα ζωής, οικονομικά ζητήματα) κατά τον τελευταίες βδομάδες. Οι ασθενείς καλούνταν να βαθμολογήσουν τους τομείς που προκαλούσαν στρες μέσα από μια διαβαθμισμένη κλίμακα από το 1 (καθόλου στρες) έως 4 (πολύ στρες). (Cronbach $\alpha = 0,69$). (Karademas, 2007).

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο παράρτημα παρατηρούμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση του δείκτη συσχέτισης. Αρχικά, υπολογίστηκε ο δείκτης συσχέτισης Pearson r ανάμεσα στις μεταβλητές της αντίληψης για την υγεία, του στρες, της σωματικής ποιότητας ζωής και των κοινωνικών σχέσεων. Από την ανάλυση των δεδομένων, τα οποία προκύπτουν από την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προέκυψε στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση ανάμεσα στο στρες και την αντίληψη για την υγεία. (ο δείκτης συσχέτισης είναι $r = -0,44$, $p < 0,01$). Επίσης παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές τιμές μεταξύ της αντίληψης για την υγεία και της σωματικής ποιότητας ζωής. ($r = -0,245$, $p < 0,05$) αλλά και μεταξύ της αντίληψης που έχουν οι ασθενείς για την υγεία τους και των κοινωνικών τους σχέσεων. ($r = -0,376$, $p < 0,01$).

Ακόμη βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική σχέση ανάμεσα στο στρες και την σωματική ποιότητα ζωής των ασθενών. ($r = 0,419$, $p < 0,01$) και ανάμεσα στο στρες και τις κοινωνικές σχέσεις. ($r = 0,488$, $p < 0,01$). Σημαντικό στοιχείο αποτελεί και η σωματική ποιότητα ζωής η οποία παρουσιάζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τις κοινωνικές σχέσεις ($r = 0,452$, $p < 0,01$).

Στην συνέχεια παρουσιάζεται η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για τις τρεις μεταβλητές: τις κοινωνικές σχέσεις, το στρες και την σωματική ποιότητα ζωής. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν το στρες και οι κοινωνικές σχέσεις και η εξαρτημένη μεταβλητή η σωματική ποιότητα ζωής. Χρησιμοποιούμε τις τιμές των μεταβλητών κοινωνικών σχέσεων και στρες για να προβλέψουμε την τιμή της άλλης μεταβλητής που είναι η σωματική ποιότητα ζωής. Ο συντελεστής προσδιορισμού R^2 μας πληροφορεί ότι το ποσοστό μεταβλητότητας της σωματικής ποιότητας ζωής το οποίο εξηγείται από τις διαφορές που υπάρχουν στις ανεξάρτητες μεταβλητές είναι 0,23%. Άρα το 23% της συνολικής διακύμανσης της σωματικής ποιότητας ζωής ερμηνεύεται από τις δύο προβλεπτικές μεταβλητές: στρες και κοινωνικές σχέσεις.

Από τον πίνακα ANOVA στην ανάλυση παλινδρόμησης φαίνεται πως ισχύει η εναλλακτική υπόθεση, ($F(2,64) = 9,663$, $p < 0,01$) οπότε μπορούμε να διατυπώσουμε την άποψη ότι το στρες και οι κοινωνικές σχέσεις προβλέπουν την σωματική ποιότητα ζωής. Το στρες ($t = 2,196$, $p < 0,05$) και οι κοινωνικές σχέσεις ($t = 2,253$, $p < 0,05$)

παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην σωματική ποιότητα ζωής και άρα την προβλέπουν.

Έπειτα πραγματοποιήθηκε μερική συσχέτιση μεταξύ της αντίληψης για την υγεία, του στρες και των κοινωνικών σχέσεων. Σκοπός μας εδώ ήταν να παρατηρήσουμε αν η απάλειψη της γραμμικής επίδρασης της ποιότητας ζωής επηρεάζει τις σχέσεις μεταξύ στρες, κοινωνικών σχέσεων και την αντίληψη για την υγεία. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η σχέση ανάμεσα στην αντίληψη για την υγεία και των κοινωνικών σχέσεων είναι στατιστικά σημαντική ($r = -0,3155$ $p < 0,05$). Η σχέση μεταξύ των δύο παραπάνω μεταβλητών, άλλαξε λίγο σε σχέση με τη απλή συσχέτιση, αλλά παρόλα αυτά συνεχίζει να είναι στατιστικά σημαντική. Ακόμα η σχέση μεταξύ των κοινωνικών σχέσεων και του στρες είναι στατιστικά σημαντική. ($r = 0,3780$, $p < 0,05$). Η δύναμη της σχέσης αυτής άλλαξε κάπως μετά από την σταθεροποίηση ως προς τη σωματική ποιότητα ζωής αλλά συνεχίζει να αγγίζει επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας. Τέλος η σχέση μεταξύ του στρες και της αντίληψης για την υγεία συνεχίζει να είναι στατιστικά σημαντική ($r = -3,976$, $p < 0,05$) ακόμα και μετά την απάλειψη της σωματικής ποιότητας ζωής.

Εκτός των άλλων, στην παρούσα έρευνα θελήσαμε να μελετήσουμε αν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα (τους άνδρες και τις γυναίκες) ως προς το στρες που βιώνουν, τις κοινωνικές τους σχέσεις και στο βαθμό που αυτές είναι διαταραγμένες, αν υπάρχει διαφορά ως προς το επίπεδο της σωματικής ποιότητας ζωής και την αντίληψη που έχουν για την υγεία τους. Όσον αφορά το στρες στην παρούσα ανάλυση βρέθηκε ότι ισχύει η μηδενική υπόθεση. ($F = 0,772$, $p > 0,05$) δηλαδή ο μέσος όρος στρες των ανδρών ($M = 14,876$, $SD = 5,4559$) δεν είναι σημαντικά μικρότερος ($t(63) = -0,765$, $p > 0,05$) από το μέσο όρο στρες των γυναικών ($M = 15,9756$, $SD = 5,6722$). Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς μεταξύ ανδρών και γυναικών κυμαίνεται από $-3,9738$ έως $1,7726$, περιέχει το 0, οπότε δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 5%.

Στην συνέχεια εξετάστηκε η διαφορά μεταξύ γυναικών και ανδρών ως προς την σωματική ποιότητα ζωής. Βρέθηκε ότι ο μέσος όρος τιμών της σωματικής ποιότητας ζωής για τους άνδρες ($M = 7,3846$, $SD = 1,6511$) δεν είναι στατιστικά σημαντικά μικρότερος ($t(73) = -0,516$, $p > 0,05$) από τον μέσο όρο τιμών της σωματικής ποιότητας ζωής για τις γυναίκες. ($M = 7,5918$, $SD = 1,6573$). Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της

διαφοράς κυμαίνεται από $-1,0076$ έως $0,5932$. Περιέχει το 0 , οπότε η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 5% .

Έπειτα διερευνήθηκε η διαφορά ανδρών και γυναικών ως προς τις κοινωνικές τους σχέσεις. Φάνηκε ότι ο μέσος όρος των τιμών για τις κοινωνικές σχέσεις των ανδρών ($M=4,3846$, $SD=2,9404$) δεν είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός ($t(73)=-0,762$, $p>0,05$) από τον μέσο όρο των κοινωνικών σχέσεων των γυναικών ($M=4,9184$, $SD=2,8565$) και συγκεκριμένα το βαθμό στο οποίο επηρεάζονται οι κοινωνικές σχέσεις λόγω της χρόνιας ασθένειας. Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% , της διαφοράς ανδρών και γυναικών ως προς τις κοινωνικές τους σχέσεις κυμαίνεται από $-1,9291$ έως $0,8616$. Περιέχει το 0 , οπότε επιβεβαιώνεται ότι δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 5% .

Τέλος, η αντίληψη για την υγεία, ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες, βρέθηκε ότι είναι διαφορετική. Δηλαδή η αντίληψη που έχουν οι άνδρες για την υγεία ($M=55,4615$) είναι στατιστικά σημαντικά μικρότερη ($t(73)=-2,434$, $p<0,05$) από την αντίληψη των γυναικών για την υγεία τους ($M=66,4490$). Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς ανδρών και γυναικών ως προς την αντίληψη της υγείας τους κυμαίνεται από $-19,9838$ έως $-1,9911$. Δεν περιέχει το 0 οπότε είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 5% .

ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει την σχέση μεταξύ του στρες, της σωματικής ποιότητας ζωής, της κοινωνικής υποστήριξης/ κοινωνικές σχέσεις και την αντίληψη για την υγεία που έχουν χρόνιοι ασθενείς. Όπως έχει διαπιστωθεί στην βιβλιογραφία η χρόνια ασθένεια μπορεί να δημιουργήσει ποικίλα σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα και συγκεκριμένα μέσα από την ανάλυση της συσχέτισης διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ του στρες και της αντίληψης για την υγεία όπως και μεταξύ της αντίληψης για τη υγεία και της σωματική ποιότητας ζωής στους χρόνιους ασθενείς. Στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση βρέθηκε και μεταξύ της αντίληψης για τη υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις.

Ακόμη παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στο στρες που βιώνουν οι ασθενείς και τη σωματική ποιότητα ζωής τους, όπως και μεταξύ του στρες και των κοινωνικών σχέσεων . Σημαντική θετική σχέση παρατηρήθηκε και ανάμεσα στην σωματική ποιότητας ζωής στις των κοινωνικές σχέσεις.

Αναλυτικότερα συμπεραίνουμε πως όσο αυξάνεται το στρες των χρόνια ασθενών μειώνεται η αντίληψη που έχουν για την υγεία τους. Αντίστροφα όσο καλύτερη πεποίθηση έχουν οι ασθενείς για την υγεία τους , τόσο λιγότερο στρες βιώνουν. Αυτό το αποτέλεσμα θεωρείται αναμενόμενο καθώς όλα τα άτομα αντιλαμβάνονται την υγεία τους ως την απουσία τόσο της ασθένειας ή της αναπηρίας όσο και την κατάσταση της πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας. Η χρόνια ασθένεια δημιουργεί έντονο στρες το οποίο εμποδίζει τα άτομα να ζήσουν μια φυσιολογική και ευχάριστη ζωή με αποτέλεσμα να αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους με αρνητικό τρόπο. (Παπαδάτου Δ,1995; Sanderson,2004; Kaplan et al,1993).

Από τα αποτελέσματα της έρευνας μας προκύπτει επίσης πως όσα περισσότερα προβλήματα σωματικής υγείας αντιμετωπίζουν οι ασθενείς τόσο χειρότερη αξιολογούν και την υγεία τους. Αντίστοιχα οι ασθενείς που κάνουν μια θετική αξιολόγηση για την υγεία τους , τότε βιώνουν λιγότερα σωματικά προβλήματα αφού η ψυχική υγεία συνδέεται άμεσα με την σωματική υγεία.

Η κοινωνική υποστήριξη όπως έχουμε αναφέρει σχετίζεται με μια ποικιλία θετικών αποτελεσμάτων υγείας , περιλαμβανομένων της ψυχολογικής και σωματικής ευεξίας, της γρήγορης ανάρρωσης από χρόνιες ασθένειες και την μείωση της θνησιμότητας. Εντούτοις όμως η χρόνια ασθένεια επιφέρει συχνά σοβαρές επιπτώσεις σε κοινωνικό επίπεδο. Οι πρακτικοί περιορισμοί μιας σωματικής ασθένειας ενδέχεται να καταστήσουν δύσκολη και σχεδόν αδύνατη τη διατήρηση των κοινωνικών δεσμών.(DiMatteo et al, 2006). Επίσης η χρόνια ασθένεια δημιουργεί προβλήματα στις σχέσεις μεταξύ της οικογένειας του ασθενή αφού θα πρέπει να προσαρμόζονται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες και στρεσογόνες καταστάσεις. Το έντονο στρες που προκαλεί η ασθένεια σε μια οικογένεια είναι δυνατόν να θέσει σε κίνδυνο την συνοχή της.(Cooper, 1996). Προκύπτει λοιπόν και από τα αποτελέσματα ότι ασθενείς που βιώνουν έντονο στρες λόγω της ασθένειας έχουν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Έχει αποδειχτεί και ερευνητικά ότι ασθενείς που δέχονται κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους και από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τείνουν να βιώνουν λιγότερο στρες και αντιμετωπίζουν την ασθένεια τους πιο αποτελεσματικά σε σύγκριση με όσους δεν λαμβάνουν τέτοιου είδους βοήθεια.(Andersen et al,1997; DiMatteo & Martin , 2006).

Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι όσοι ασθενείς αντιλαμβάνονται την υγεία τους σαν μη -απειλητική για αυτούς και την αξιολογούν θετικά , τόσο λιγότερα προβλήματα στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση έχουν. Η θετική αυτή εκτίμηση που κάνουν για την υγεία τους, τους βοηθά να αναπτύξουν αυτο –εκτίμηση και εμπιστοσύνη στις δυνατότητες τους και να δημιουργήσουν υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις χωρίς προβλήματα και εντάσεις.

Επίσης επιβεβαιώνεται και η υπόθεση που διατυπώθηκε πιο πάνω σχετικά με την σχέση του στρες και της σωματικής ποιότητας ζωής. Οι ασθενείς στην έρευνα που παρουσιάζουν έντονο στρες εκδηλώνουν περισσότερα σωματικά προβλήματα και περιορισμούς όπως και το αντίστροφο , ασθενείς που υποφέρουν από σωματικά προβλήματα βιώνουν έντονο στρες. Σε κάθε χρόνο νόσημα όμως η σωματική ποιότητα ζωής εξαρτάται από την ιδιαιτερότητα της νόσου και τις θεραπείες . Δεν μπορούμε επίσης να πούμε με βεβαιότητα ότι όσοι ασθενείς παρουσιάζουν έντονο στρες , θα εκδηλώσουν σωματικά προβλήματα, γιατί όπως αναφέρθηκε και στην βιβλιογραφία παρεμβαίνουν μερικές φορές κάποιοι ρυθμιστικοί παράγοντες που προστατεύουν τα

άτομα . Διαφορές για παράδειγμα ως προς τον βαθμό κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνει κάποιος ή ως προς τις ικανότητες, την αίσθηση αντοχής, την αίσθηση ελέγχου στο περιβάλλον, και τις πεποιθήσεις καθιστούν κάποια άτομα πιο ανθεκτικά και άλλα πιο ευάλωτα απέναντι στο στρες.(Καραδήμας, 2005). Επίσης έχει διαπιστωθεί από πολλές έρευνες ότι ασθενείς που πάσχουν για παράδειγμα από αρθρίτιδες , όσον αφορά την σωματική λειτουργικότητα τους αναπτύσσονται περιορισμοί στην αυτοεξυπηρέτηση των ασθενών(πχ σωματική υγιεινή, ντύσιμο, προετοιμασία φαγητού κ.α καθώς ο έντονος πόνος καθιστά αδύνατες αυτές τις λειτουργίες και με την πάροδο του χρόνου οδηγεί σε καταστάσεις ανικανότητας και έντονο στρες.(Παπαδάτου Δ,1995; Σαρρής,2001; Bardak et al, 2006).

Από την ανάλυση της παλινδρόμησης βρέθηκε ότι οι κοινωνικές σχέσεις των ασθενών (κοινωνική υποστήριξη και κοινωνικό δίκτυο) και το στρες που βιώνουν μπορεί να επηρεάσουν την σωματική ποιότητα ζωής αφού βρέθηκε ότι το 23% της συνολικής διακύμανσης της σωματικής ποιότητας ζωής ερμηνεύεται από τις δύο προβλεπτικές μεταβλητές: στρες και κοινωνικές σχέσεις. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς στην έρευνα μας που βιώνουν έντονο στρες και ταυτόχρονα έχουν δυσλειτουργικές και μειωμένες κοινωνικές σχέσεις εμφανίζουν περισσότερα σωματικά προβλήματα από εκείνους που έχουν λιγότερο στρες και θετικές κοινωνικές συναναστροφές.

Στην μερική συσχέτιση , όπου κρατήσαμε σταθερή την σωματική ποιότητα ζωής βρέθηκε ότι παρόλο που η σχέση μεταξύ των μεταβλητών άλλαξε λίγο και φάνηκε λίγο αδύνατη εντούτοις βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των κοινωνικών σχέσεων και την αντίληψη για την υγεία, μεταξύ των κοινωνικών σχέσεων και του στρες και τέλος μεταξύ του στρες και της αντίληψης για την υγεία. Τα ευρήματα αυτά μας δείχνουν ότι η σωματική ποιότητα ζωής δεν επιδρά τόσο ώστε να αλλάξει τις σχέσεις μεταξύ της αντίληψης της υγείας, των κοινωνικών σχέσεων και του στρες.

Όσον αφορά τις πιθανές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς το στρες που βιώνουν, την σωματική ποιότητα ζωής τους, τις κοινωνικές τους σχέσεις και την αντίληψη για την υγεία τους βρέθηκε ότι ο βαθμός του στρες είναι σχεδόν ίδιο για τους άνδρες και για τις γυναίκες και όποια ενδεχόμενη διαφορά υπάρχει δεν φτάνει σε επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας. Άρα το στρες σχετικά με την χρόνια ασθένεια δεν επηρεάζει περισσότερο τους άνδρες ή τις γυναίκες. Αυτό το αποτέλεσμα όμως είναι

αντικρουόμενο και δεν συμφωνεί με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και με παλαιότερα ερευνητικά δεδομένα στα οποία υποστηρίζουν ότι περισσότερο συχνά συναισθήματα στρες εκδηλώνουν οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, ανεξάρτητα από την ηλικία.(Σαρρής, 2001; DiMatteo & Martin , 2006). Δεν εξηγεί όμως η βιβλιογραφία το λόγο αυτό και ίσως αυτό το θέμα χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

Επίσης παρατηρήθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την σωματική ποιότητα ζωής ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι χρόνιοι ασθενείς άνδρες δεν παρουσιάζουνε σημαντικά λιγότερα σωματικά συμπτώματα από τις γυναίκες. Αυτό το αποτέλεσμα πάλι έρχεται σε αντίθεση με τα προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα στα οποία υποστηρίζεται ότι η ποιότητα ζωής των ανδρών φαίνεται να είναι κάπως καλύτερη από εκείνη των γυναικών. Μάλιστα υποστηρίζεται ότι ανάμεσα σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα οι γυναίκες έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με τους άνδρες και συγκεκριμένα έχουν δυσκολίες με δραστηριότητες της καθημερινής της ζωής όπως να ανεβοκατεβαίνουν τις σκάλες και δυσκολίες στην κοινωνική τους ζωή . Επίσης οι γυναίκες έχουν χαμηλή βαθμολογία στην μακρά διάρκεια ζωής τους και στην σωματική λειτουργικότητα σε σχέση με τους άντρες.(Riedinger et al, 2001).

Όσον αφορά τις κοινωνικές σχέσεις(κοινωνική υποστήριξη-κοινωνικό δίκτυο) ανάμεσα στα δύο φύλα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες έχουν λίγο καλύτερες σχέσεις με τους οικείους και τους φίλους και λίγο μεγαλύτερο κοινωνικό δίκτυο από τους άνδρες. Έχει διαπιστωθεί ερευνητικά ότι υπάρχουν κάποιες διαφορές ως προς την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν τα δύο φύλα. Συγκεκριμένα έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες λαμβάνουν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη από τους άνδρες. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι οι γυναίκες έχουν ένα ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο με πολλά άτομα τα οποία μπορούν να εμπιστευτούν. Οι γυναίκες όχι μόνο δίνουν και παίρνουν κοινωνική υποστήριξη αλλά επίσης επωφελούνται ως προς την ψυχολογική και σωματική τους κατάσταση. Αντίθετα οι άνδρες επωφελούνται περισσότερο από το γάμο και αντλούν κοινωνική υποστήριξη μόνο από τις συζύγους τους (Sanderson, 2004; Straub,2002).

Τέλος η αντίληψη για την υγεία εμφανίζει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι χρόνια ασθενείς άνδρες έχουν χειρότερη αντίληψη για την υγεία τους σε σχέση με τις γυναίκες. Η υποκειμενική πεποίθηση των ανδρών για την υγεία τους είναι δηλαδή

μειωμένη . Το συγκεκριμένο αυτό αποτέλεσμα συνιστάται να τύχει περαιτέρω διερεύνησης και φαίνεται λίγο αδιανόητο αφού οι άνδρες παρουσίαζαν στις υπόλοιπες μεταβλητές σχεδόν ίδιο αποτέλεσμα με τις γυναίκες.

Συμπερασματικά λοιπόν, μετά από προσεκτικότερη παρατήρηση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας φαίνεται ότι όσο αυξάνεται το στρες ενός ασθενούς με χρόνια προβλήματα υγείας, τόσο περισσότερα σωματικά προβλήματα υγείας εμφανίζει με αποτέλεσμα να παρουσιάζει δυσκολίες στις διαπροσωπικές του σχέσεις και τέλος να αξιολογεί την υγεία του αρνητικά. Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι το 23% της συνολικής διακύμανσης της σωματικής ποιότητας ζωής ερμηνεύεται από τις δύο προβλεπτικές μεταβλητές: στρες και κοινωνικές σχέσεις. Ακόμη παρά την μικρή διαφορά που παρατηρείται στις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών ,όταν κρατήσουμε σταθερή την σωματική ποιότητα ζωής ,βλέπουμε ότι δεν επηρεάζει τις σχέσεις ανάμεσα στην αντίληψη για τη υγεία και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, στο στρες και τις κοινωνικές σχέσεις και μεταξύ της αντίληψης για την υγεία και στο στρες. Τέλος τα δύο φύλα δεν διαφέρουν ως προς το στρες και την σωματική ποιότητα ζωής , ενώ παρουσιάζουν ελάχιστη διαφορά ως προς τις κοινωνικές τους σχέσεις(κοινωνική υποστήριξη-κοινωνικό δίκτυο) και αρκετή διαφορά ως προς την αντίληψη για την υγεία τους. Βρέθηκε ότι οι άνδρες έχουν την αντίληψη ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ αρνητική.

Μετά από αυτή την συζήτηση και τα συμπεράσματα , μπορούμε να πούμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν πλήρως τις ερευνητικές υποθέσεις που διατυπώθηκαν στην αρχή.

Στο σημείο αυτό είναι καλό να γίνει μια σύντομη αναφορά σχετικά με τους περιορισμούς της έρευνας. Τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στα υποκείμενα είναι ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Συνεπώς, πρόκειται για δεδομένα που προκύπτουν με υποκειμενικό τρόπο και όχι αντικειμενικό. Επίσης το δείγμα δεν ήταν πολύ μεγάλο (75 άτομα) και συνεπώς δεν ήταν αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού. Ακόμη στα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από ασθενείς που είχαν ηλικία από 35 ετών και άνω , ενώ οι περισσότεροι ήταν ηλικιωμένοι . Κάποιες ερωτήσεις δεν συμπληρώθηκαν από μερικούς ασθενείς και έτσι τα αποτελέσματα δεν μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι είναι απολύτως έγκυρα και αξιόπιστα.

Στο μέλλον θα μπορούσε να σχεδιαστεί και να εφαρμοστεί μια έρευνα η οποία θα σύγκρινε χρόνιους ασθενείς που έχουν καλές διαπροσωπικές σχέσεις με την οικογένεια τους και ασθενείς που έχουν προβληματικές σχέσεις ώστε να μελετηθεί η επίδραση των σχέσεων αυτών στην σωματική ποιότητα ζωής όπως επίσης και το κατά πόσο η ψυχολογική παρέμβαση στην οικογένεια θα μπορούσε να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χρόνια ασθένεια

Μέσος όρος χρόνου ασθένειας	10,6757
Minimum	1,00
Maximum	37,00

Συσχετίσεις:

	Αντίληψη για την υγεία	Στρες	Σωματική ποιότητα ζωής	Κοινωνικές σχέσεις
Αντίληψη για την υγεία	1,000	-0,440**	-0,245*	-0,376**
Στρες	-0,440**	1,000	0,419**	0,488**
Σωματική ποιότητα ζωής	-0,245*	0,419**	1,000	0,452**
Κοινωνικές σχέσεις	-0,376**	0,488**	0,452**	1,000

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (2-tailed).

* Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.05 (2-tailed).

Ανάλυση Παλινδρόμησης

R	R ²	Προσαρμοσμένο R ²
0.487	0.238	0.213

ANOVA

	df	F	Sig.
Ανάλυση παλινδρόμησης	2	9,663	0,000
Σύνολο	64		

Εξαρτημένη μεταβλητή: Σωματική ποιότητα ζωής
 Ανεξάρτητες μεταβλητές: Κοινωνικές σχέσεις, Στρες

Συντελεστές

	B	Beta	t	Sig.
(Constant)	5,508		10,213	0,000
Στρες	8,154	0,279	2,196	0,032
Κοινωνικές Σχέσεις	0,164	0,286	2,253	0,028

Εξαρτημένη μεταβλητή: Σωματική ποιότητα ζωής

Μερική Συσχέτιση

	Κοινωνικές σχέσεις	Αντίληψη για την υγεία	Στρες
Κοινωνικές σχέσεις	1.000	-0.3155 P = 0.011	0.3780 P = 0.002
Αντίληψη για την υγεία	-0.3155 P = 0.011	1,000	-0.3976 P = 0.001
Στρες	0.3780 P = 0.002	-0.3976 P = 0.001	1.000

2-tailed σημαντικότητα

	Φύλο	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Στρες	1	14,8750	5,4559
	2	15,9756	5,6722
Σωματική ποιότητα ζωής	1	7,3846	1,6511
	2	7,5918	1,6573
Κοινωνικές σχέσεις	1	4,3846	2,9404
	2	4,9184	2,8565
Αντίληψη για την υγεία	1	55,4615	17,1330
	2	66,4490	19,3262

1: Άντρες, 2: Γυναίκες

T-test για ανεξάρτητα δείγματα

	F	Sig	t	df	Sig (2-tailed)	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
						Lower	Upper
Στρες	0,772	0,383	-0,765	63	0,447	-3.9738	1.7726
Σωματική ποιότητα ζωής	0,093	0,761	-0,516	73	0,607	-1.0076	0.5932
Κοινωνικές σχέσεις	0,162	0,688	-0,762	73	0,448	-1.9291	0.8616
Αντίληψη για την υγεία	0,391	0,534	-2,434	73	0,017	-19.9838	-1.9911

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Ερωτηματολόγιο Δ'

Βάζοντας ένα √ στο κατάλληλο κουτάκι, σημειώστε παρακαλώ ποιες δηλώσεις περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας τον τελευταίο καιρό.

Κινητικότητα Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα.
Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα.
Είμαι καθλωμένος /η στο κρεβάτι.

Αυτοεξυπηρέτηση Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου.
Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι.
Είμαι ανίκανος /η να πλυθώ ή να ντυθώ.

Συνηθισμένες δραστηριότητες (π.χ., δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)

Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου.
Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου.
Είμαι ανίκανος /η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου.

Πόνος/ δυσφορία Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία.
Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία.
Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία.

Άγχος/ θλίψη Δεν έχω άγχος ή θλίψη.
Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη.
Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη.

Ερωτηματολόγιο Ε'

Παρακαλώ απαντήστε στις επόμενες ερωτήσεις δηλώνοντας το βαθμό στον οποίο πιστεύετε ότι ισχύουν. Χρησιμοποιήστε την κλίμακα από το 1 ως το 7 και γράψτε τον κατάλληλο αριθμό πάνω στη γραμμή που βρίσκεται αριστερά από κάθε ερώτηση.

Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Κάπως	Λίγο	Καθόλου
7	6	5	4	3	2	1

1. _____ Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας απειλεί τη ζωή και την ασφάλειά σας;
2. _____ Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας απειλεί τη λειτουργικότητά σας (π.χ., σε τομείς όπως η εργασία και η καθημερινή σας δραστηριότητα;)
3. _____ Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας απειλεί τις σχέσεις σας με τους οικείους;

4. _____ Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας απειλεί γενικώς την κοινωνική σας θέση;
5. _____ Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας θέτει σε κίνδυνο τα προσωπικά σας σχέδια και φιλοδοξίες;
6. _____ Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας θέτει σε κίνδυνο τις δυνατότητες προσωπικής εξέλιξης και βελτίωσης;
7. _____ Σε ποιο βαθμό επηρεάζει η κατάσταση της υγείας σας τον τρόπο με τον οποίο βλέπετε τη ζωή γενικά;
8. _____ Σε ποιο βαθμό επηρεάζει η κατάσταση της υγείας σας τις αντιλήψεις σας για τον κόσμο;
9. _____ Σε ποιο βαθμό επηρεάζει η κατάσταση της υγείας σας τις απόψεις σας ή τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεστε την ύπαρξή σας στον κόσμο;
10. _____ Σε ποιο βαθμό σκέφτεστε θέματα που αφορούν την κατάσταση της υγείας σας καθημερινά;
11. _____ Σε ποιο βαθμό σκέφτεστε θέματα που αφορούν την υγεία σας ακόμα και όταν δεν το σκοπεύετε;
12. _____ Σε ποιο βαθμό είστε απορροφημένος με την κατάσταση της υγείας σας;
13. _____ Σε ποιο βαθμό μπορείτε να αντισταθείτε σε σκέψεις που αφορούν την κατάσταση της υγείας σας;
14. _____ Σε ποιο βαθμό υπάρχουν πράγματα που μπορούν να σας κάνουν να βγάλετε από το μυαλό σας σκέψεις γύρω από την κατάσταση της υγείας σας;
15. _____ Σε ποιο βαθμό μπορείτε να βγάλετε γρήγορα από το μυαλό σας σκέψεις γύρω από την κατάσταση της υγείας σας;
16. _____ Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένος από τις υπόλοιπες πλευρές της ζωής σας, αν εξαιρέσετε τα θέματα που αφορούν την κατάσταση της υγείας σας;
17. _____ Σε ποιο βαθμό μπορείτε να χαρείτε διάφορα πράγματα στη ζωή σας, παρά την κατάσταση της υγείας σας;
18. _____ Σε ποιο βαθμό υπάρχουν καταστάσεις, δραστηριότητες ή άλλα πράγματα που σας κάνουν να νιώθετε καλά, παρά την κατάσταση της υγείας σας;
19. _____ Σε ποιο βαθμό υπάρχουν καταστάσεις, δραστηριότητες ή άλλα πράγματα που σας βοηθούν να αντισταθμίσετε προβλήματα ή δυσκολίες που προκύπτουν από την κατάσταση της υγείας σας;

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤ'

Σημειώστε παρακαλώ σε ποιους από τους παρακάτω τομείς της ζωής σας υπήρξαν καταστάσεις ή γεγονότα που σας ενόχλησαν ή σας προκάλεσαν δυσκολίες ή προβλήματα κατά τον τελευταίο μήνα. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στην άποψή σας, ανάλογα με το βαθμό αναστάτωσης ή ενόχλησης που σας προξένησε κάθε τομέας.

	Προξένησε αναστάτωση ή ενόχληση			
	Καθόλου ή ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
Εργασία – επάγγελμα	1	2	3	4
Σύζυγος / σύντροφος.....	1	2	3	4
Οικογένεια - παιδιά	1	2	3	4
Προσωπική υγεία και ευεξία.....	1	2	3	4
Υγεία και ευεξία προσφιλών προσώπων.....	1	2	3	4
Κοινωνικές σχέσεις (φίλοι, ευρύτερη οικογένεια)	1	2	3	4
Συνθήκες διαβίωσης και ποιότητα ζωής.....	1	2	3	4
Οικονομικά ζητήματα.....	1	2	3	4
1. Άλλο. Προσδιορίστε:	1	2	3	4

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Andersen, B., Ho, J., Brackett, J., Finkelstein, D., & Laffel, L. (1997). Parental involvement in diabetes management tasks: Relationships to blood glucose monitoring adherence and metabolic control in young adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Pediatrics*, *130*, 257-265.
- Βαλλάση, Ε.Α. (2001). Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, *18(3)*, 216-217.
- Bardak, A.N., Erhan, B., Kaya, B., Dere, C., & Ersoy, S. (2006). Assessment of pain and quality of life relationship in patients with rheumatoid arthritis. *European Journal of Pain*, *10*, 232.
- Baum, A., Krantz, D.S., & Roberd, G.J. (1997). *An introduction to Health Psychology*. New York: Mc Graw-Hill.
- Bennett, S. J., Perkins, S.M., Lane, K.A., Deer, M., Brater, D.C , & Murray, M.D. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of life Research*, *10*, 671-682.
- Borsbo, B., Peolsson, M., & Gerdle, B. (2006). Generalized pain is associated with more negative consequences than local or regional pain: A study of chronic whiplash associated disorders. *European Journal of Pain*, *10*, S134.
- Bowling, A. (1995). What things are important in peoples lives; a survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life. *Social Science Medicine*, *41(10)*, 1447-1462.
- Bredin, M. (1999). Mastectomy, body image and therapeutic message: A quantitative study of women's experience. *Journal of Advanced Nursing*, *29(5)*, 1113, 8p.
- Brod, M. (1998). Quality of life issues in patients with diabetes and lower extremity ulcers: patients and care givers. *Quality of life Research*, *7*, 365-372.
- Brooks, R., Rabin, R., & Charro, F. The measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective. *EQ-net. Kluwer academic publishers*.
- Camic, P & Knight, S. (1998). *Clinical Handbook of Health psychology*. New York: Hogrefe& Huber Publishers.

- Carven. C.S., Pozo- Kaderman, C., Price, A.A., Noriega, V., Harris., S.D., Derhagopian, R.P., Robinson, D.S., & Moffat, F.L , & Jr.(1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 168-174.
- Chamberlain, K. (2001). Diabetes: Psychosocial Aspects. *International Encyclopedia of the social and behavioral sciences*.
- Christensen, A.J., Turner, C.W, Slaughter, J.R., Holman, J.M., & Jr. (1989). Perceived family support as a moderator psychological well-being in end –stage Renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(3), 249-264.
- Glasgow, R.E., Strycker, L.A., Toobert, D.J., & Eakin, E. (2000). A social- ecologic approach to assessing support for disease self- management: The chronic illness resources survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, (6).
- Cooper, G. (1996). *Handbook of Stress, Medicine and Health*. Boca Raton: CRC Press.
- Curt, G.G.A. (2000). The impact of fatigue on patients with cancer: Overview of fatigue. *The Oncologist*, 5, 9-12.
- Decker, C.L. (2007). Social support and adolescent cancer survivors: A review of the literature. *Psycho-Oncology*, 16, 1-11.
- De Judicibus A, M., & McCabe, M. (2004). The impact of parental multiple sclerosis on the adjustment of children and adolescents. *Adolescence*, 39 (155), 551-569.
- DiMatteo,M., & Martin, L.(2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία Υγείας* (Αναγνωστόπουλος, Φ.,& Ποταμιανός Γ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Dunkel- Schettel, C., Feinstein, L.G., Taylor, S. E., & Falke, R.L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger, R.A., Sauer, H., & Holzel, D. (2004). Quality of life following breast conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-year prospective study. *The Breast Journal*, 10(3), 223-31.
- Epping- Jordan, J.E., Compas, B.E., Osowiecki, D.M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Prine, K., & Krag, D.N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18, 315-326.

- Fauerbach, J.A., Bush, D.E., Thombs, B.D., McCann, U.D., Fogel, J., & Ziegelstein, R.C. (2005). Depression following acute myocardial infarction: a prospective relationship with ongoing health and function. *Psychosomatics*, *46*, 355-61.
- Ferrell, A.T., & Glick, O. (1992). The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and the perception of pain. *Cancer Nursing*, *16*, 93-101.
- Fyrand, L., Moum, T., Finset, A., & Glennas, A. (2002). The impact of disability and disease duration on social support of women with rheumatoid arthritis. *Journal of Behavioral Medicine*, *25*(3), 251-268.
- Hasenbring, M.I. (2001). Cancer: Psychosocial Aspects. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*.
- Hellhamer, D.H., & Wade, S. (1993). Endocrine correlates of stress vulnerability. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *60*, 8-17.
- Hynninen, K., Breitve, M., Wiborg, A., Pallesen, S., & Nordhus, I. (2005). Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, *59*, 429-443.
- Joachim, W. (2003). Support groups for cancer patients. *Support Care Cancer*, *11*, 763-768.
- Kaplan, R.M., Sallis, J.F., & Patterson, T.L. (1993). *Health and human behavior*. New York: Mc Graw Hill.
- Karademas, E.C. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, *43*, 277-287.
- Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- King, K. B., Reis, H.T., Porter, L.A., & Norsen, L.H. (1993). Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: Effects on patients and spouses. *Health Psychology*, *12*, 56-63.
- Kothe, R., Kohlmann, Th., Klink, T., Ruther, W., & Klinger, R. (2006). Impact of low back pain on functional limitations, depressed mood and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *International Association of the study of Pain*, 103-108.
- La Greca, A.M. (1992). Peer influences in pediatric chronic illness: An update, *Journal of Pediatric Psychology*, *17*, 775-84.

- Lee, Sun-Young., Lee, Heon-Jeong., Kim, Yong-Ku., Kim, Seung-Hyun., Kim, L., Lee, Min Soo., Joe, Sook-Haeng., Jung, In-Kwa., Suh, Kwang-Yoon., & Kim, Hyung-Kyu.(2004). Neurocognitive function and quality of life in relation to hematocrit levels in chronic hemodialysis patient. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 5-10.
- Louise, P. (2006). Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 53(5), 524-533.
- Mandrup, P.T (1998). Diabetes. *British Medical Journal*, 316, 1221-25.
- Martin, F.P. (1990). Stress. *Gale Encyclopedia of Aternative Medicine*, New York: Hills.
- Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., & Willing, C. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practise*. London: Sage Publications.
- McGree, H.M. (2001). *International Encyclopedia of the Social and Behavioural sciences*.
- Mills, P.J., Parker, B., Dimsdale, J.E., Sadler, G.R ., & Israel, S.A. (2005). The relationship between fatigue and quality of life and inflammation during anthracycline-based chemotherapy in breast cancer. *Biological Psychology*, 69, 85-96.
- Morrow, G.R.(1992). Behavioral factors influencing the development and expression of chemotherapy induced side effects. *British Journal of Cancer- Supplement*, 19, 54-61.
- Murphy, R.F. (1987). The damaged self. In: *The Body Silent* (Murphy R.F.ed.), London: Dent and Sons Ltd.
- Νάκου, Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της Υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 254-266.
- Newman, S., & Mulligan, K. (2000). The psychology of rheumatic diseases. *Bailliere's Clinical Rheumatology*, 14(4), 773-786.
- Norton, T.R., Manne., S.L., Hernandez, E., Carlon, J., Bergam, C., & Rosenblum, N.(2005). Ovarian cancer patient's psychological distress: The role of physical impairment, perceived unsupportive family and friend Behaviors, perceived control and self–esteem. *Health Psychology*, 24(2), 143-152.
- Olstad, R., Sexton, H., & Sogaard, A.J. (2001). The Finnmark study. A prospective population study of the social support buffer hypothesis, specific stressors and mental distress. *Social Psychiatry: Psychiatric Epidemiology*, 36, 582-589.

- Otto, M., Bach, F.W., Jensen, T.S., & Hindrup, S.H. (2006). Health- related quality of life and its predictive role for analgesic effect in patients with painful polyneuropathy. *European Journal of Pain*, 1-6.
- Pakenham, K & Bursnall , S. (2006). Relations between social support, appraisal and coping and both positive and negative outcomes for children of a parent with multiple sclerosis and comparisons with children of healthy parents. *Clinical Rehabilitation*, 20, 709-723.
- Παπαδάτου, Δ & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαθανασίου , Α., Φιλαλήτης, Α., & Λιονής, Χ. (2005). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(4), 336-343.
- Pincus, T., Griffith, J., Pearce, S., & Isenberg, D. (1996). Prevalence of self-report depression in patients with rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 35(9), 879-883.
- Pinquart, M., Hoffken, K., Silbereisen, R.K ., & Wedding, U. (2006). Social support and survival in patients with acute myeloid leukemia. *Support Care Cancer*, 15, 81-87.
- Phillips, D.P., Liu, G.C., Kwok, K., Jason, R.J., Zhang, W., & Abramson, I.S. (2001). The Hound of the Baskervilles effect: natural experiment on the influence of psychological stress on timing of death. *British Medical Journal*, 323, 1443-1446.
- Reifman, A. (1995). Social relationships, recovery from illness and survival: A literature review. *Annals of Behavioral Medicine*, 17,124-131.
- Reidinger, M.S., Dracup, K.A., Brecht, M., Padilla, G., Sarna, L., & Ganz, P.A. (2001). Quality of life in patients with heart failure: Do gender difference exist; *Heart Lung*, 30, 105-116.
- Reynolds, F. (1997). Coping with chronic illness and disability through creative needlecraft. *British Journal of Occupational Therapy*, 60, 352-356.
- Ρήγα, Α. Β. (2005). *Καρκίνος: Από την μητέρα στην κόρη: Η δυναμική της επανάληψης*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Sanderson, C.A. (2004). *Health Psychology*. New York: Wiley.
- Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*. Αθήνα: Παπαζήση.

- Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., & Υφαντόπουλος, Γ. (2001). Η Θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*, 18(3), 230-238.
- Schaefer, C., Coyne, J.C., & Lazarus, R.S(1981). The Health- related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Sherbourne, C.D., & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-714.
- Stafford, L., Berk., M., Reddy, P., & Jackson, H.J. (2007). Comorbid depression and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 62,401-410.
- Straub, R.O. (2002). *Health Psychology*. New York: Worth Publishers.
- Syrjala, K.L., Roth- Roemer, S.L., Abrams, J.R., Scanlan, J.M., Chapko, M.K., Visser, S., & Sanders, J.E. (1998). Prevalence and predictors of sexual dysfunction in long-term survivors of marrow transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 3148-57.
- Taylor, S.E. (1999). *Health Psychology*. Singapore: Mc Graw Hill companies.
- Τσάνης, Μ. (1991). Το άγχος. *Εγκυκλοπαίδεια Επιστήμη & Ζωή*.
- Unhino, B.N. (2006). Social support and Health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.
- Verhaak, P. (1997). Somatic disease and psychological disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(3), 261-273.
- Verhaak, P.F.M., Heijmans, J.W.M., Peter, L ., & Rijken, M. (2004). Chronic disease and mental disorder. *Social Science & Medicine*, 60, 789-797.
- Weber, E.S. (1992). Mastectomy. *Gale Encyclopedia of cancer*.
- Weert, E., Hoekstra- Weebers, J., Grol, B., Otter, R., Arendzen, H.J., Postema, K., Sanderman, R., & Cees Van der Schans. (2005).A multidimensional cancer rehabilitation program for cancer survivors- effectiveness on health-related quality of life. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 485-496.
- Williamson, G.M. (1998). The central role of restricted normal activities in adjustment to illness and disability: A model of depressed affect. *Rehabilitation Psychology*, 43, 327-347.

Yahav, R., Vosburgh, J ., & Miller, A. (2005). Emotional responses of children and adolescent to parents with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis, 11*, 464-468.

Υφαντόπουλος, Γ. (2001). Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με την μέθοδο του EQ-15D. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3)*, 279-287.